Montérégie

Agence de la santé et des services sociaux

Québec

2008-01501/

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2006-2007

Adopté par le conseil d'administration
le 20 septembre 2007

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec

Auteurs

L'ouvrage qui suit est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Coordination

Jean-François Lapierre

Secrétariat et mise en pages

Nicole J. Lusignan
Solange Gasana
Joanne Gagnier

Révision et corrections

Joanne Gagnier

Édition

Jean-François Lapierre

Pour obtenir une copie de ce document

Copie papier

Secteur Gestion des connaissances – Vente de publications
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 4213
Sans frais

Copie électronique

Site Internet de l'Agence :
www.rrsss16.gouv.qc.ca

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives Canada, 2007
ISBN 978-2-89342-389-0

Nota bene : Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

1) Messages de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général 5

2) Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie 11

3) Le Projet de santé et de bien-être de la Montérégie 15

4) Activités de l'Agence et des établissements de la région 21

4.1 Structure organisationnelle 23

4.2 Direction de la gestion de l'information et des connaissances (DGIC) 25

4.3 Secrétariat général – Direction des services administratifs et des communications (SG-DSAC) 29

4.4 Direction de santé publique (DSP) 33

4.5 Direction générale associée à la coordination du réseau (DGACR) 41

4.6 Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) 49

4.7 Département régional de médecine générale (DRMG) 51

4.8 Direction de la planification et du développement de la main-d'œuvre (DPDMO) 53

4.9 Direction des ressources financières et immobilières (DRFI) 57

5) Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2006-2007 61

6) Information sur l'Agence 99

6.1 Effectifs de l'Agence au 31 mars 2007 101

6.2 Effectifs du Département régional de médecine générale (DRMG) 101

6.3 Conseil d'administration 102

6.4 Commission infirmière régionale (CIR) 102

6.5 Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) 103

6.6 Forum de la population 103

6.7 Comité de vigilance et de la qualité 104

6.8 Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services 105

7) États financiers de l'Agence 107

7.1 Rapport de la direction 109

7.2 Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 110

7.3 États financiers de l'Agence 111

8) Données financières des établissements de la région 123

8.1 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire 125

8.2 Budget net de fonctionnement – base comparative avec l'exercice précédent 125

8.3 Surplus ou déficits – base comparative avec l'exercice précédent 126

8.4 Autorisations d'emprunts temporaires accordés aux établissements publics 127

9) Organismes communautaires subventionnés par l'Agence 129

9.1 État de situation sur l'exercice du contrôle de conformité et du respect des règles et des normes 131

9.2 Principaux renseignements ayant trait aux organismes communautaires 131

9.3 Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) 132

Annexe I : Code d'éthique et de déontologie 145

Annexe II : Lexique des abréviations 151

1) MESSAGES DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Message de la présidente du conseil d'administration

Le rapport annuel de gestion 2006-2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie fait état des efforts consacrés à l'actualisation de sa mission ainsi qu'à la juste répartition des fonds publics alloués pour le fonctionnement du réseau. Résultant d'un rigoureux processus de reddition de comptes, il est constitué des faits saillants de l'année ainsi que des capsules portant sur les activités des différentes équipes. De plus, de par sa structure, le lecteur sera à même de constater les progrès réalisés quant aux objectifs fixés par l'entente de gestion et d'imputabilité conclue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence.

Tout au long de l'année, les membres du conseil d'administration ont suivi de près la performance et l'équilibre budgétaire des établissements, l'évolution des cibles de l'entente de gestion ainsi que le financement et le développement des services. À ce chapitre, nous avons adopté le *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Montérégie*, le *Plan d'action régional 2005-2010 – Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie* ainsi que le *Plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie*.

Les enjeux entourant la qualité sont également au cœur des préoccupations du conseil d'administration de l'Agence. Après avoir nommé la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité en août 2006, le conseil a pris connaissance de toutes les recommandations découlant de ses enquêtes. Le comité de vigilance et de la qualité, nouvellement mis en place cette année, est d'ailleurs mandaté par le conseil pour assurer le suivi de ses recommandations.

Par ailleurs, dans le cadre du renouvellement des gouvernes locales qui a eu cours à l'automne 2006, le conseil d'administration a surveillé de près le processus de nomination et de désignation des membres des conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux et des établissements régionaux de la Montérégie.

L'Agence se démarque par sa performance et sa recherche de l'excellence en matière de gestion du système de santé et de services sociaux de la région. Fort de ces résultats, le conseil d'administration reconnaît la contribution remarquable de l'équipe de direction et du personnel de l'Agence. D'emblée, à titre de présidente et au nom de tous les membres du conseil, je les en remercie. Je veux également témoigner ma reconnaissance à tous mes collègues du conseil d'administration pour leur apport inestimable à la bonne gouverne du réseau sociosanitaire montérégien.

La présidente du conseil d'administration,

Nicole Mongeon

Message du président-directeur général

L'année 2006-2007 a été une année intense d'activités et de réalisations.

L'une des activités importantes fut sans contredit la présentation de l'évolution des activités régionales devant la Commission parlementaire des affaires sociales. Pour toute l'équipe de l'Agence, la reddition de compte publique aux élus et la discussion des grands enjeux de la coordination et de la transformation du système régional de santé et de services sociaux revêtent la plus haute importance. C'est donc avec beaucoup de fierté et avec un engagement renouvelé que nous avons, le 22 novembre 2006, présenté les progrès dans les divers dossiers régionaux et fourni les explications nécessaires pour comprendre les zones de difficultés qui, malgré nos efforts, persistent encore.

La dernière année a permis la consolidation de nos structures participatives régionales. Le Comité de coordination stratégique, lequel regroupe tous les directeurs généraux des établissements de la Montérégie ainsi que les directeurs de l'Agence, a constitué la table privilégiée pour établir les consensus nécessaires autour des zones de suivis prioritaires, dont notamment l'équité interrégionale et intrarégionale. C'est également sous l'égide de ce comité que nous avons mis sur pied les sept réseaux clinico-administratifs en fonction des grands chantiers programme. Dans le cadre d'un premier mandat, les RCA ont mis de l'avant les idées-maîtresses à privilégier au cœur du projet clinique, en s'appuyant sur les orientations ministérielles, les préoccupations du terrain et les données probantes. Six réseaux-ressources ont de plus défini un plan de travail commun à l'échelle régionale en matière de ressources humaines, financières, informationnelles, matérielles, en communication et en amélioration de la qualité.

L'un des événements marquants de cette dernière année fut sans aucun doute l'importante éclosion de C. difficile au sein d'un établissement de notre région à l'automne 2006. Celle-ci a nécessité l'intervention et le support de différentes équipes de l'Agence, notamment la Direction de santé publique. Cette situation, qui a fait l'objet d'une enquête du coroner dont le rapport sera déposé dans la prochaine année, a aussi été le déclencheur d'une vaste tournée de tous les centres hospitaliers de courte durée de la région, tournée qui a permis d'identifier les forces, mais également les zones d'amélioration des établissements de notre territoire. Un plan d'action régional a été élaboré et mis en œuvre afin de soutenir les établissements dans l'identification et l'implantation des meilleures pratiques en matière de prévention des infections nosocomiales.

Le rapport 2006 de la directrice de santé publique, publié sous le thème *Des environnements sains et sécuritaires : éléments clés pour la santé des communautés*, invitait d'ailleurs les partenaires sectoriels et intersectoriels à se mobiliser en faveur de la santé de la population en intervenant plus spécifiquement sur certains facteurs qui affectent la qualité et la sécurité des environnements physiques.

Sur le plan du sous-financement des services de santé et des services sociaux de notre région, l'année 2006-2007 a permis de réduire l'écart de 25 M$, passant d'une estimation de 152 M$ à 127 M$. Nous constatons que cet écart est en constante régression depuis quelques années. Nous demeurons optimistes et alertes afin que cette correction continue de progresser. Par ailleurs, le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie s'est enrichi de trois groupes de médecine de famille (GMF) et d'une clinique réseau.

La gestion stratégique des ressources humaines de notre réseau représente également un atout majeur dans la consolidation des changements organisationnels. Au cours de l'année 2006-2007, nous avons convenu avec les établissements d'un plan de travail régional visant à nous outiller pour faire face à des défis communs en regard de la pénurie de main-d'œuvre : la planification des effectifs, le développement et l'utilisation optimale des compétences ainsi que des stratégies d'attraction, de fidélisation et d'amélioration du climat de travail.

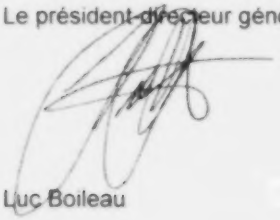
Enfin, ce rapport annuel de gestion démontre que la très grande majorité des cibles fixées avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité 2006-2007, ont été atteintes. De plus, notre région est fière d'avoir terminé l'année financière en équilibre budgétaire, et ce, tant pour chacun des établissements que pour l'ensemble du budget régional. Une culture

d'équilibre budgétaire et de performance semble maintenant solidement ancrée en Montérégie.

Je remercie bien sincèrement nos partenaires, le personnel de l'Agence ainsi que tous ceux qui œuvrent quotidiennement à l'amélioration des services de santé et des services sociaux dans notre région.

Je vous invite donc à parcourir ce rapport qui rend compte des réalisations plus spécifiques de l'Agence et de l'évolution du réseau de santé et de services sociaux en Montérégie.

Le président-directeur général,



Luc Boileau

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

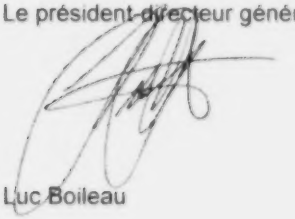
La fiabilité des informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relève de ma responsabilité.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice terminé le 31 mars 2007 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- exposent des données exactes et fiables.

Je déclare donc que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au moment de l'exercice terminé le 31 mars 2007.

Le président-directeur général,



Luc Boileau

2) PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

La Montérégie est un territoire de plus de 10 000 km^2 caractérisé par le côtoiement de zones urbaines, semi-rurales et rurales. La région est délimitée par le fleuve Saint-Laurent, l'Outaouais, la frontière américaine et la vallée du Richelieu. Elle compte aujourd'hui 179 municipalités, 14 municipalités régionales de comté (MRC) et, pour la municipalité de Longueuil, un territoire équivalent de MRC. Deux réserves autochtones sont également situées sur le territoire de la Montérégie : Akwesasne et Kahnawake.

En 2007, la population de la Montérégie s'élève à près de 1 371 000 personnes. De ce nombre, 129 163 sont d'expression anglaise[1]. Plusieurs communautés ethnoculturelles vivent en Montérégie.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) a pour mission d'assurer la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance jusqu'à l'excellence et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population dont elle est responsable.

L'Agence vise à devenir le chef de file de la transformation et de l'amélioration du système régional de santé et de services sociaux en misant sur :

- une perspective populationnelle de santé publique;
- une approche de programme intégré;
- une organisation en mode réseau.

Elle compte y arriver en mettant en valeur l'expertise de son personnel, tout en y associant activement des partenaires sectoriels et intersectoriels au bénéfice de la population montérégienne.

L'Agence souscrit aux valeurs de l'administration publique, soit la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect. Sa charte des valeurs est centrée sur les besoins de la personne et de la population.

Établissements publics et privés

En Montérégie, le réseau de la santé et des services sociaux compte 41 établissements publics et privés répartis comme suit :

- 11 CSSS;
- 21 CHSLD privés (12 privés conventionnés, 9 privés non conventionnés);
- 5 centres de réadaptation publics et 2 privés;
- un établissement à vocation jeunesse : Centre jeunesse de la Montérégie (CJM);
- un centre affilié universitaire : l'Hôpital Charles LeMoyne, affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

[1] Première langue officielle parlée. Statistique tirée du *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Montérégie* (janvier 2007).

3) LE PROJET DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA MONTÉRÉGIE

Le Projet de santé et de bien-être de la Montérégie (Projet) vise à renouveler la gouvernance du système de santé en transformation en s'appuyant sur trois grands fondements stratégiques : rassembler toutes les données probantes disponibles pour soutenir le changement, mobiliser la force créatrice des réseaux pour réussir la modernisation attendue de l'organisation des services de santé et de services sociaux et enfin, optimiser les retombées favorables sur la santé et le bien-être de la population des ressources disponibles dans la région.

Pour maintenir un impact positif sur la santé et le bien-être des populations tout en contenant l'évolution des dépenses collectives, tous s'accordent pour dire que le système de santé doit s'adapter, se moderniser. Les courants de l'opinion quant aux stratégies de changements au sein du réseau soulignent la nécessité d'une organisation de services davantage intégrée, modulée en fonction des besoins et près des communautés. L'intégration de nos efforts en matière de prévention, de soins et services ainsi que du soutien aux personnes atteintes et à leurs proches constitue la pierre angulaire de l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des interventions. C'est dans cette perspective que l'Agence soutient le changement au sein de son réseau. L'année 2006-2007 marque la troisième année du Projet dont nous retraçons ici les grandes étapes.

Première étape
L'adoption d'une vision commune

En juin 2004, les principaux partenaires du réseau de santé et de bien-être de la Montérégie étaient conviés au premier colloque montérégien sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). À cette occasion, l'Agence proposait une vision commune mettant de l'avant trois ancrages fondamentaux devant permettre de réussir *Un projet local d'intervention ayant de l'impact sur la santé de la population*, à savoir :

- une perspective populationnelle visant à répondre équitablement aux besoins des différents groupes qui composent la population;
- une approche centrée sur la personne, gérée par programme, qui intègre en un tout cohérent et équilibré des interventions adaptées aux besoins et reconnues efficaces sur la base de données probantes;
- une organisation en mode réseau, caractérisée par l'autonomie des acteurs, l'interactivité, la collaboration et la coopération entre les disciplines et les organisations dans une optique de responsabilité partagée.

Au terme de l'événement, l'ensemble des acteurs présents se ralliait à la vision stratégique régionale proposée, de même qu'à l'actualisation de ses trois composantes autour de la notion de continuum d'intervention. Les continuums permettent en effet de réunir, pour une problématique sociale ou de santé particulière, un ensemble d'interventions visant à la prévenir, ainsi qu'à guérir et soutenir les populations cibles. Ils offrent le potentiel d'intégrer en un tout cohérent et équilibré les interventions de santé publique, les services de première ligne médicale et sociale, les services spécialisés et l'action communautaire menée dans les collectivités locales.

Deuxième étape
Les balises régionales autour des continuums d'intervention

Pour soutenir le travail d'élaboration du projet clinique par chaque réseau local de son territoire, l'Agence a ensuite dirigé des travaux devant mener à la définition de balises régionales autour de 15 continuums d'intervention. Chacun de ces continuums a été documenté et enrichi d'une analyse fondée sur les meilleures pratiques. Ce matériel a été soumis pour validation auprès d'experts-cliniciens, gestionnaires ou chercheurs du réseau montérégien lors d'un deuxième colloque sur les RLS, intitulé *Chantiers régionaux sur les continuums d'intervention*, qui s'est tenu le 25 novembre 2004. Le contenu des continuums d'intervention a été bonifié sur la base des avis reçus.

Des travaux supplémentaires ont donné lieu à la caractérisation des pistes d'action de chacun des continuums selon des critères d'impact sur la santé et le bien-être de la population concernée par la problématique. Des outils d'aide à la décision clinico-administrative ont ensuite été développés pour faciliter l'utilisation de l'ensemble du matériel produit. Les résultats de cette démarche ont été présentés au réseau lors du troisième colloque montérégien sur les RLS intitulé *Vers des pistes d'action porteuses d'impact : balises régionales sur les continuums d'intervention*, qui s'est tenu le 10 juin 2005.

Cette base de connaissances a également été rendue publique sur le site Web de l'Agence.

Troisième étape
Le défi de l'implantation du Projet

Fort d'une vision stratégique collectivement partagée et de balises régionales pour l'élaboration du projet clinique, le Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM) poursuit ses avancés en explorant, avec des chercheurs et des décideurs de renom, les leviers de gouvernance aptes à favoriser l'émergence et la pérennité du Projet. C'est dans ce contexte que s'est tenu à Vaudreuil, les 25 et 26 mai 2006, le quatrième colloque montérégien sur les RLS intitulé *Un système de gouvernance régionale axé sur l'amélioration continue de la performance : le projet de santé et de bien-être de la Montérégie*.

Lors de cet événement, près de 80 chercheurs et décideurs expérimentés de la Montérégie, du Québec, du Canada et de l'Europe ont participé à un processus de délibération autour d'une quarantaine de leviers de gouvernance soumis pour discussion. L'appréciation de ces leviers devait se faire en considérant leur capacité à agir en faveur de la santé et du bien-être de la population, à s'inscrire dans un cadre de gestion en mode réseau et à optimiser les modes d'organisation de services.

Cet exercice de mise en commun des savoirs d'experts et de décideurs a permis de valider à nouveau les grands fondements du Projet et de rassembler les données probantes en mesure de soutenir la transformation du réseau montérégien. À l'issu de ce colloque, 10 grands axes de travail ont été identifiés, chaque axe constituant un mandat de travail à confier à l'un des réseaux de connaissances en voie de formation ou à une équipe dédiée. Les résultats de ces travaux constitueront une composante significative du prochain plan stratégique triennal.

Quatrième étape
Le déploiement de nouveaux réseaux de connaissances

Mis sur pied en juin 2006 sous la gouverne du CCSM, les réseaux clinico-administratifs (RCA), les réseaux-partenaires et les réseaux-ressources portent la responsabilité de l'actualisation des leviers retenus comme incontournables à la réussite du projet.

Les réseaux clinico-administratifs, constitués autour des continuums d'intervention, animent la collaboration entre les leaders clinico-administratifs dans la perspective d'optimiser l'impact des interventions du réseau montérégien sur la santé et le bien-être de la population, et ce, en favorisant le recours aux données probantes dans les processus décisionnels et en assurant un alignement approprié entre les orientations provinciales, régionales et locales. Leur mandat principal pour l'année 2006-2007 a consisté à identifier les pistes d'action prioritaires à retenir dans le cadre de la planification stratégique triennale. Chaque RCA a donc entrepris une démarche analytique permettant d'identifier, pour leur(s) continuum(s) d'intervention respectif(s), quelques orientations régionales méritant une attention particulière. Celles-ci seront déposées au CCSM en juin 2007 et constitueront l'assise commune à partir de laquelle l'Agence, les CSSS et les établissements régionaux tenteront de faire converger leurs efforts pour permettre des changements significatifs dans la prise en charge des problématiques sociales et de santé, chacun en fonction de ses propres expertises et capacités.

Les réseaux-partenaires, pour leur part, soutiennent le développement et le maintien de liens de collaboration harmonieux et mutuellement profitables entre les établissements et les divers groupes d'intervenants ou d'organismes autonomes tels que médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens et organismes communautaires. Leur implication dans la mise en œuvre des orientations régionales sera primordiale.

Les réseaux-ressources visent quant à eux à optimiser l'effet de levier des différentes ressources professionnelles, médicales, matérielles, financières, technologiques et informationnelles disponibles et à favoriser un accès équitable, en Montérégie, aux ressources nécessaires à l'exercice de notre responsabilité populationnelle.

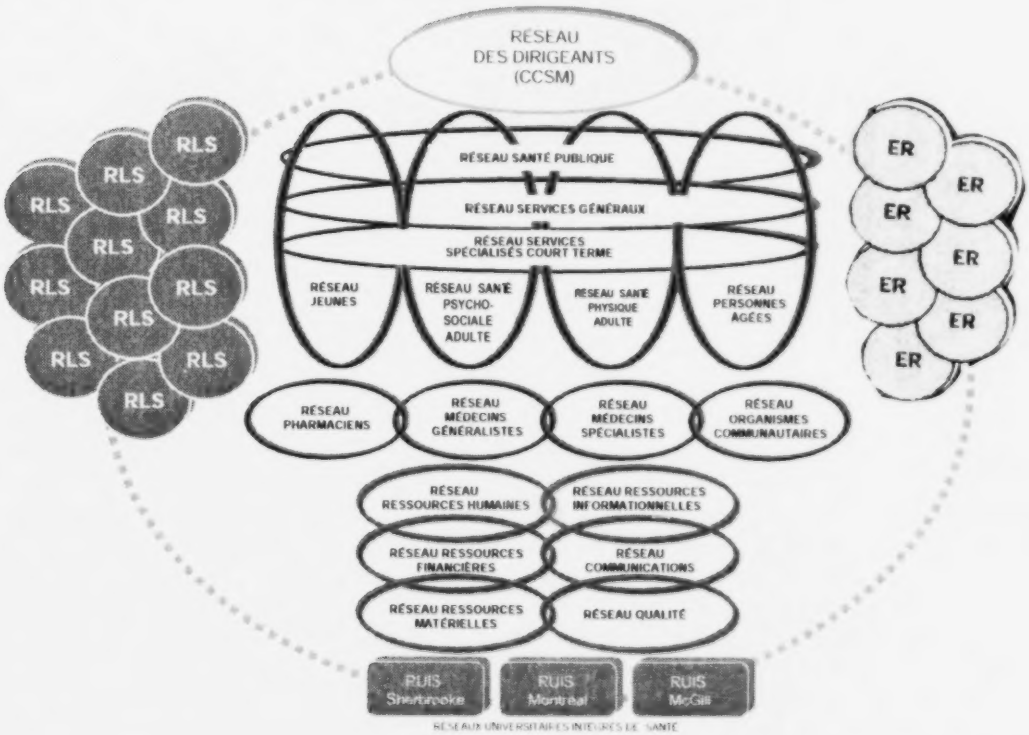
Le soutien aux responsables locaux

De façon concomitante aux travaux régionaux menés au sein des réseaux, l'Agence a offert aux responsables des projets cliniques locaux un soutien adapté à leurs besoins spécifiques. À cet égard, une expertise en matière de processus de planification, de mesure des besoins et de détermination de priorités locales a été déployée auprès des équipes locales. Ce

travail a mobilisé plusieurs professionnels de différentes directions de l'Agence.

Prochaines étapes

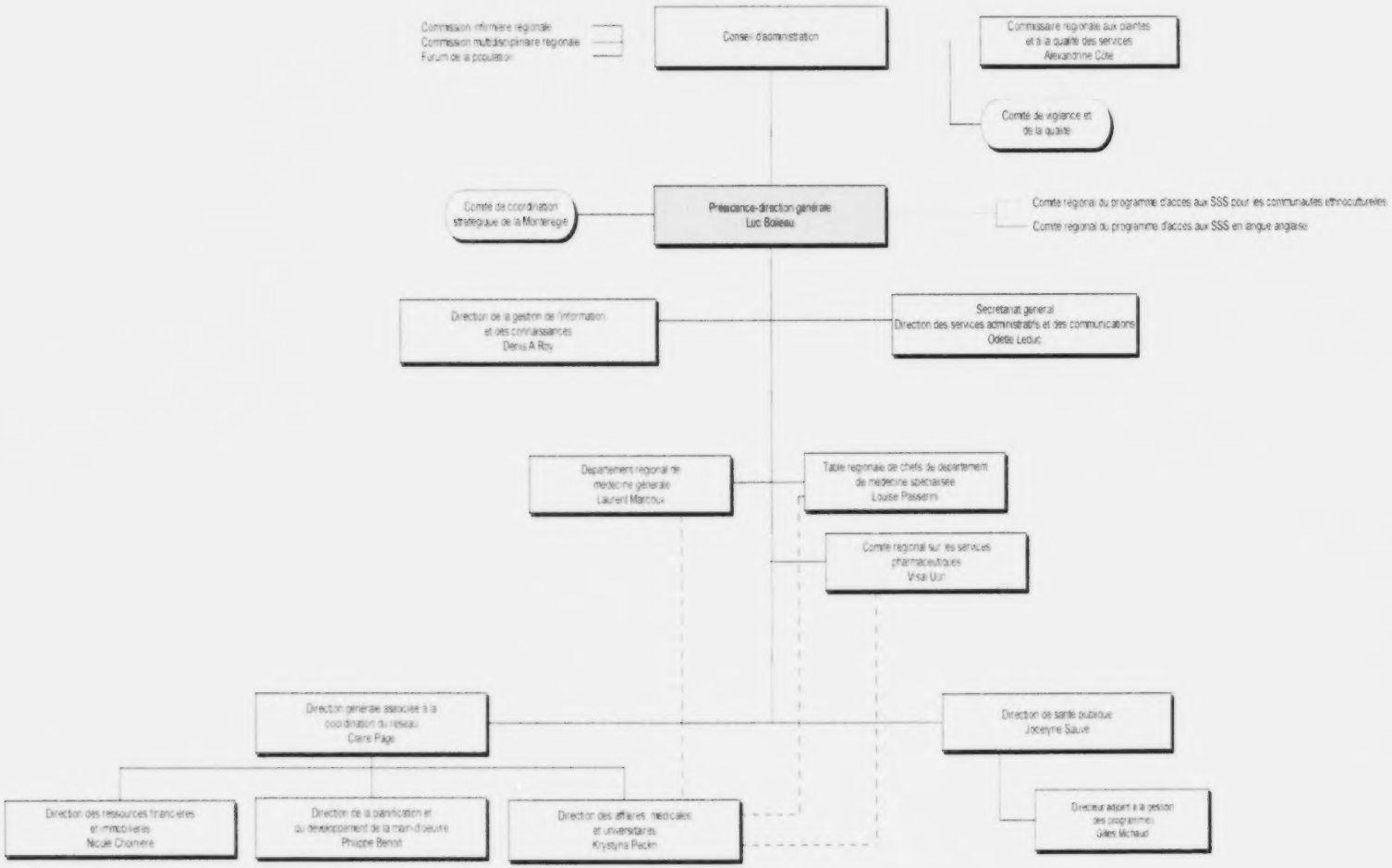
Les orientations régionales issues du travail des RCA seront discutées au CCSM et devraient donner lieu à l'élaboration d'un plan collectif de mise en œuvre. Ce plan exigera l'identification des leviers les plus susceptibles de soutenir les changements souhaités. Ces leviers concernent, entre autres, les ressources humaines, financières et informationnelles. Cette démarche devrait mettre à contribution non seulement les réseaux clinico-administratifs, mais aussi, de façon particulière, l'expertise des réseaux-ressources et des réseaux-partenaires. Au cours de la prochaine année, nous porterons une attention particulière à la mise en œuvre des orientations régionales déterminées dans les projets cliniques de chacun des RLS.



Réseau clinico-administratifs : réseau santé publique, services généraux et spécialisés court terme, jeunes, santé psychosociale adulte, santé physique adulte et personnes âgées.
Réseaux-partenaires : pharmaciens, médecins généralistes et spécialistes et organismes communautaires.
Réseaux-ressources : ressources humaines et informationnelles, financières, matérielles, communications qualité.

4) ACTIVITÉS DE L'AGENCE ET DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

4.1 STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



4.2 DIRECTION DE LA GESTION DE L'INFORMATION ET DES CONNAISSANCES (DGIC)

Mot du directeur

Quelle est la contribution distinctive de la DGIC au projet de transformation que nous poursuivons en Montérégie?

Globalement, notre contribution vise à éclairer les faits probants à travers les grands processus décisionnels de la région de façon à soutenir l'adoption d'une perspective de population ainsi qu'à favoriser une approche programme de services hiérarchisés et des formes d'organisation en mode réseau pour mieux répondre aux besoins de la population.

La DGIC appuie son action sur trois leviers fondamentaux :

- l'appréciation de la performance, pour bien saisir nos forces, mais aussi nos limites;
- la gestion des connaissances de façon à faire avancer les idées maîtresses de la transformation dans notre région;
- la gestion des ressources informationnelles réseau, de façon à ce que les possibilités des nouvelles technologies de communication soient rendues disponibles en appui au bon fonctionnement et à l'amélioration continue de nos processus d'affaires.

Quelles sont les principales réalisations de la dernière année pour la DGIC en lien avec le mandat que nous venons d'énoncer?

Dans le secteur Amélioration continue de la performance, l'année a été marquée par des travaux sur la mesure de la performance globale des RLS réalisés conjointement avec le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS). De plus, des liens étroits ont été entretenus avec des chercheurs tout au long de l'année pour permettre la réalisation d'une étude sur les services de première ligne de notre région. Ces travaux nous permettent de rendre disponibles aux décideurs investis dans la préparation des projets organisationnels et cliniques des RLS en Montérégie des produits d'information d'une qualité exceptionnelle.

De plus, nous avons mis au point avec la collaboration de leaders des milieux cliniques et administratifs de la région, une appréciation de la performance du continuum de services « santé mentale – jeunes ». Ces travaux ont permis de camper la dynamique d'ensemble qui prévaut dans ce continuum d'intervention dans chacun des RLS. Ils ont notamment permis de mettre au point des instruments permettant la comparaison des résultats produits en fonction des ressources consenties, selon une même méthodologie pour chacun des réseaux. Il s'agit là d'une nouvelle gamme d'outils qui, à terme, permettront l'habilitation des gestionnaires clinico-administratifs face aux besoins importants de la clientèle visée.

L'agenda du secteur Gestion des connaissances a été sans conteste l'un des éléments forts de la dernière année. En effet, accompagnant la mise en place des RCA régionaux, la venue des courtiers de connaissances a permis l'identification des orientations régionales pour chacun des domaines d'activités portés par les RCA. Encore une fois, ces travaux ont démontré qu'il est possible et souhaitable de réconcilier les orientations ministérielles, les préoccupations des acteurs sur le terrain et les données probantes.

Dans les faits, des méthodes judicieuses et rigoureuses ont pu être appliquées avec la pleine collaboration des membres des réseaux clinico-administratifs, ce qui nous a permis d'identifier les principales idées maîtresses de la transformation qu'il nous faut poursuivre au cours des prochaines années dans la région. Ces orientations régionales constitueront le fer de lance du Projet en 2007-2008 et permettront une plus grande convergence entre les paliers locaux et régionaux d'une part, et entre les différents leviers de gouvernance d'autre part, que l'on pense à la planification stratégique triennale, à la gestion des ressources, à la contractualisation dans les ententes de gestion, etc.

Enfin, l'année 2006-2007 en fut une de grande fébrilité pour l'équipe du secteur Ressources informationnelles réseau. Certaines réalisations méritent d'être soulignées.

D'abord, l'équipe a piloté le plan de travail du Réseau ressources informationnelles de la Montérégie. Ce plan de travail comporte des priorités convenues avec le milieu, en soutien à la pratique de chaque établissement et avec un souci d'optimisation régional.

En plus de poursuivre les travaux entrepris pour la mise à niveau du réseau de télécommunications des services de santé et des services sociaux, des progrès ont été enregistrés au regard de la sécurité et du cadre de gestion en la matière. Le dossier de santé du Québec a émergé comme préoccupation prioritaire et a fait l'objet de travaux importants visant la préparation et la qualification régionale à ce chapitre. Nos travaux sur les entrepôts de données ont été à l'origine de plusieurs interactions avec d'autres régions du Québec, de même qu'avec l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux. Un prototype de tableau de bord permettant le suivi en temps réel des ententes de gestion au niveau local et régional a été mis au point.

Autre réalisation, l'ŒIL (outil d'échange d'informations en ligne) a été conçu de façon à soutenir les échanges entre les partenaires des différents réseaux clinico-administratifs dans le cadre de leurs travaux conjoints. Cet outil permet l'organisation de l'information pertinente et un accès autorisé à tous ceux qui collaborent autour d'une thématique prioritaire dans le cadre du Projet montérégien.

Finalement, un pas a été fait dans le sens d'une plus grande collaboration avec le corps médical de la région. En effet, des travaux ont été menés afin de favoriser la circulation des résultats de laboratoire jusqu'aux médecins prescripteurs de façon à ce que ceux-ci puissent bénéficier de l'information pertinente, intégrée au dossier clinique informatisé lorsque possible, et ce, en temps opportun. Des progrès sensibles qui se traduisent directement dans les services à la population.

Voilà en résumé la valeur ajoutée de la DGIC. Une structure souple, arrimée à des partenaires des milieux de la décision et des milieux de la recherche, qui contribue à soutenir les idées maîtresses de la transformation en cours dans notre région.

Je remercie personnellement tous les artisans de la direction de leur concours à l'atteinte de cet objectif ambitieux. J'invite tous les lecteurs intéressés à poursuivre leur lecture afin de mieux comprendre quelques-unes des réalisations de la direction.

Le directeur de la gestion de l'information et des connaissances,

Denis A. Roy

Faits saillants

Appréciation du continuum « santé mentale – jeunes »

Dans le cadre des travaux d'appréciation de la performance globale du réseau (CSSS et hôpital régional), l'équipe du secteur Amélioration continue de la performance a réalisé une étude ciblée de la performance à l'échelle d'un continuum d'intervention, celui de la « santé mentale – jeunes ». Ce projet novateur a été réalisé en collaboration avec des experts cliniques et de gestion œuvrant dans le domaine de la santé mentale des jeunes en Montérégie (comité externe). Plusieurs professionnels de l'Agence engagés dans ce domaine d'expertise ont également collaboré à cette démarche (comité interne).

Dans un premier temps, le comité interne de travail a rassemblé les principales orientations nationales et régionales et les repères normatifs encadrant le développement du continuum d'intervention « santé mentale – jeunes ». Ces éléments contextuels ont été transmis aux cliniciens et gestionnaires participant aux travaux qui, par la suite, ont été appelés à formuler leurs besoins informationnels dans la perspective d'une meilleure appréciation de la performance du continuum. Cet exercice devait couvrir, dans la mesure du possible, les diverses dimensions de leur champs d'intervention (ex. : accessibilité, continuité, qualité, volume de services, ressources disponibles, etc.).

Cette étape franchie, l'équipe du secteur a procédé à la recherche des indicateurs permettant de mesurer les besoins informationnels formulés. Les résultats de ce travail ont été soumis au comité d'experts qui a procédé à la bonification de leur demande d'information en fonction des exigences rattachées à la disponibilité des indicateurs, à leur qualité méthodologique (validité et fiabilité) et à la couverture optimale du continuum d'intervention (actions de prévention, d'intervention curative, de réadaptation et de soutien). Au terme de l'exercice, une trentaine d'indicateurs ont été retenus pour qualifier la performance du continuum « santé mentale – jeunes » à l'échelle de la Montérégie et de ses RLS.

Au cours de l'année, l'équipe du secteur ACP a donc mis à profit le modèle intégrateur d'appréciation de la performance retenu comme cadre d'analyse et d'aide à la décision, en fondant sa démarche sur les besoins des utilisateurs potentiels plutôt qu'en exploitant *a priori* l'univers des sources informationnelles. Cette stratégie permet de mettre l'accent sur ce qu'il apparaît important de mesurer et d'apprécier, afin de mieux outiller les intervenants dans leurs efforts pour améliorer la prise en charge des individus et groupes ciblés par ce continuum.

Différents axes d'analyse des indicateurs retenus ont été développés pour soutenir les gestionnaires et cliniciens. Les dimensions du modèle ont été documentées individuellement à l'exception de la dimension « maintien des valeurs » pour laquelle aucun indicateur n'a été identifié.[2] Une analyse du lien entre la capacité de répondre aux besoins des groupes cibles (ressources disponibles) et la production de services (accessibilité, continuité, productivité, etc.) est aussi présentée. Ce regard permet d'apprécier l'équilibre entre ces deux dimensions (alignement allocatif). Un autre axe d'analyse permet de documenter les différents niveaux d'intervention caractérisant le continuum (prévention, première et deuxième lignes).

Il convient de souligner que l'appréciation de la performance est établie sur la base d'un positionnement relatif des organisations à l'étude. Cette mesure comparative est utilisée pour faciliter l'exercice d'aide à la décision dans un processus continu d'amélioration de la performance.

Les rapports d'appréciation de la performance du continuum « santé mentale – jeunes » (un pour la région et un pour chacun des 11 RLS) seront rendus disponibles aux différents groupes d'intérêts au cours de l'année 2007-2008. L'équipe du secteur prévoit également soutenir les utilisateurs dans l'interprétation des observations réalisées et favoriser une appropriation progressive du modèle d'appréciation de la performance retenu en Montérégie.

[2] Le modèle intégrateur d'appréciation de la performance repose sur quatre grandes dimensions, elles-mêmes composées de plusieurs sous-dimensions. Ces dimensions sont les suivantes : l'adaptation, la production, les valeurs organisationnelles et l'atteinte des buts. L'appréciation de la performance d'une organisation, d'un continuum d'intervention ou de tout autre secteur d'intérêt au sein du réseau prend ainsi en compte plusieurs facteurs ou conditions qui y concourent individuellement et en conjonction.

Soutien méthodologique aux travaux des RCA

En plus des avancées réalisées dans l'appréciation de la performance du continuum « santé mentale – jeunes », les ressources professionnelles du secteur ont été mobilisées pour soutenir les travaux des RCA dans leur exercice d'identification d'orientations régionales. Cette contribution, de nature méthodologique, a pris la forme d'un accompagnement des membres des RCA dans le recours à une méthode multicritères pour soutenir leur processus décisionnel. Cet exercice, quoique exigeant, a été fort apprécié par les membres des RCA qui ont procédé, sur des bases objectives communes, à l'ordonnancement d'un ensemble de pistes d'action et à l'identification de quelques orientations régionales pour leur réseau respectif.

Développement d'un outil d'échange et d'information (ŒIL)

Pour soutenir le nouveau mode de fonctionnement en réseau dans le cadre du Projet, le secteur Gestion des connaissances, en étroite collaboration avec le secteur Ressources informationnelles réseau, a développé un outil d'échange et d'information en ligne : l'ŒIL. Accessible par *Lotus Notes*, il est simple d'utilisation et peut être personnalisé.

Cet outil est mis à la disposition des différents réseaux dans le but de soutenir la réalisation de leurs mandats, de faciliter et de favoriser les échanges d'informations et de connaissances et de bâtir une connaissance régionale collective autour des différentes problématiques.

La phase de développement s'est échelonnée d'avril à septembre 2006. Durant celle-ci, dans une optique d'optimisation des outils existants, les deux secteurs ont privilégié l'exploitation d'un module de *Lotus Notes*. Ce choix présentait trois avantages : aucun coût d'acquisition, une expertise technologique de développement déjà présente à l'Agence et une interface déjà connue et soutenue dans le réseau montérégien.

De septembre à décembre 2006, l'outil a été présenté, adapté et promu auprès d'utilisateurs potentiels par les courtiers de connaissances.

Depuis janvier 2007, 12 versions de l'ŒIL ont été adaptées aux besoins spécifiques de réseaux ou de groupes de travail autant internes, à l'Agence, que régionaux. Grâce aux interactions entre l'équipe de développement et les utilisateurs, l'outil bénéficie d'une amélioration continue, facilitant ainsi le partage de connaissances, élément clé d'un fonctionnement en réseau.

4.3 SECRÉTARIAT GÉNÉRAL – DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET DES COMMUNICATIONS (SG-DSAC)

Mot de la directrice

Au cours de cette année, la direction a poursuivi son implication dans l'application du projet de loi 83 venant modifier la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et a continué la réalisation de son plan d'amélioration des services administratifs. Vous trouverez ci-dessous les principaux faits saillants de l'année.

Secrétariat général

L'équipe du Secrétariat général a soutenu le processus d'élection et de désignation pour la mise en place des conseils d'administration des 18 établissements publics de la région. Les membres des nouveaux conseils sont entrés en fonction comme prévu à l'échéancier, soit à la fin de janvier 2007.

Le *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Montérégie* a été revu. Les établissements de la région ont collaboré étroitement à cette révision et le résultat a été bien reçu par les représentants de la communauté d'expression anglaise. Les résultats de cet exercice sont très intéressants au regard du nombre d'établissements impliqués ainsi que de la diversité des services offerts par les établissements de cette clientèle. On remarque l'ajout de quatre établissements qui ne participaient pas au programme d'accès de 1999.

Qualité

L'équipe assurance-qualité a, quant à elle, initié ses travaux dans de nouveaux dossiers dont le suivi de l'application des recommandations du coroner lorsque celles-ci s'adressent au réseau de la santé et des services sociaux et le suivi du processus d'agrément des établissements. Ces services permettent de s'assurer que chaque établissement met bien en place les mesures et mécanismes nécessaires pour répondre aux exigences du coroner selon un calendrier précis.

Ressources humaines

Dans l'optique de consolidation des équipes de travail et de stabilisation du personnel de l'Agence, l'équipe des ressources humaines a procédé à l'affichage de 52 postes permanents au cours de l'année 2006, soit 29 postes de professionnels, 12 postes de techniciens et 11 emplois de bureau.

L'équipe des ressources humaines a également procédé au recensement des divers éléments favorisant la conciliation travail-famille.

De plus, avec la collaboration du comité qualité de vie, une enquête sur la qualité de vie au travail a été menée par des chercheurs du Centre de recherche et d'intervention pour le travail, l'efficacité organisationnelle et la santé (CRITEOS) de HEC Montréal. Tous les résultats relatifs à la santé, au bien-être psychologique, au sens du travail, à l'engagement envers l'organisation et l'implication dans le travail et dans l'organisation se sont avérés positifs et démontrent un climat de travail sain et stimulant à l'Agence.

Afin de contribuer activement à la vision du développement durable du gouvernement du Québec, des employés de différents secteurs de l'Agence se sont regroupés pour évaluer la faisabilité d'intégrer la préoccupation environnementale à la vie au travail. Ce comité vert met en œuvre une politique de développement durable à l'Agence et un plan d'action favorisant la promotion de mesures pour la préservation de l'environnement extérieur et intérieur ainsi que pour la santé et le bien-être des occupants de l'immeuble.

Ressources matérielles

L'équipe des ressources matérielles a poursuivi la recherche de la satisfaction de la clientèle en optimisant les approches de services en vue de faciliter les activités administratives de l'Agence. Plusieurs outils de gestion ont été créés pour le suivi des activités, à savoir : informatisation des commandes au magasin; fichier de suivi de l'utilisation et de l'entretien des photocopieurs; fichier de suivi de la consommation énergétique suivant l'implantation d'un programme d'efficacité énergétique; et procédure d'expédition permettant de retracer le courrier en traitement.

Plus d'un millier de requêtes de travail ont été traitées pour des aménagements de bureau et de salles afin de répondre aux recommandations ergonomiques, ainsi que pour des déména-

gements, pour du transport de matériel, pour le confort des occupants et pour des travaux divers.

Un programme d'économie d'énergie ainsi que diverses mesures devant permettre une diminution de la consommation énergétique ont été implantés. Celles-ci ont nécessité un investissement de 131 551 $ et devraient engendrer des économies annuelles de 32 140 $. Certaines d'entre elles ont également permis d'éviter des coûts de remplacement d'équipements vétustes ayant atteint leur durée de vie utile. Des aides financières totalisant 32 743 $ ont permis de diminuer l'investissement requis.

Ressources financières

Dans un souci d'amélioration continue de sa performance et de son efficience, l'Agence a mis en place un comité *ad hoc* pour examiner ses enjeux budgétaires. Ce comité, piloté par le service des ressources financières, avait pour mission de voir à l'amélioration de la structure budgétaire de l'Agence, d'identifier des mesures d'économie et de proposer des sources de revenus additionnelles. Plusieurs cadres supérieurs se sont impliqués dans ce comité. Un premier rapport proposant des changements de pratique et de nouveaux modes de gestion a été présenté au comité de direction et au comité de gestion et les mesures proposées seront actualisées en 2007-2008.

Dans le dossier de l'équité salariale, l'ajustement du taux et des échelles salariales pour le personnel salarié féminin concerné s'est déroulé comme prévu le 18 février 2007 et le paiement de la rétroactivité et des ajustements couvrant la période du 21 novembre 2001 au 17 février 2007 a été versé le 30 mars 2007.

Ressources informatiques

L'équipe des ressources informatiques s'est fixé comme objectif d'utiliser une nouvelle plateforme technologique plus performante. Visant un processus d'efficacité et de normalisation de l'administration du système informatique, ce choix technologique est bénéfique pour l'intégration des logiciels, la compatibilité des systèmes, l'installation, la gestion et la normalisation des postes de travail. Chaque membre de l'équipe a participé grandement à la planification, à l'organisation et à l'exécution du projet. Tous les postes de travail et les serveurs ont été migrés vers la nouvelle technologie sans pour autant affecter le travail des utilisateurs. La formation du personnel de l'Agence pour l'utilisation des différents logiciels a été réalisée.

Communications

L'équipe des communications a soutenu l'ensemble des activités de l'Agence par des actions de communication. En particulier, l'opération rage du raton laveur s'est avérée exceptionnelle. En effet, il s'agissait de transmettre l'information pertinente aux publics cibles : la population, le réseau de la santé, les représentants politiques (municipaux, provinciaux et fédéraux), le milieu agrotouristique, les travailleurs (agents de la faune et trappeurs), les vétérinaires et les enfants fréquentant les écoles primaires et les centres de la petite enfance (CPE) du territoire couvert par les opérations. L'information portait sur les opérations visant à contrer la dispersion de l'infection sur le territoire, sur les risques associés à la rage, sur les mesures préventives à appliquer et sur le rehaussement de la surveillance active des ratons laveurs.

Plusieurs stratégies ont été utilisées afin d'atteindre les objectifs. Les médias (journaux, radio, télévision) et Internet ont été utilisés comme canaux de communication grand public. Les municipalités visées par les opérations ainsi que les partenaires locaux et régionaux ont participé à la diffusion de l'information. L'information a également été transmise aux intervenants œuvrant auprès de la population (Info-Santé et Services Québec). Pour que l'information en circulation soit toujours claire et cohérente, les messages des porte-parole ont été harmonisés et leur diffusion centralisée.

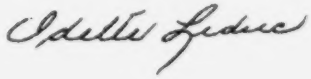
Plus de 50 demandes médias ont été recensées. Celles-ci ont engendré la diffusion d'au moins 30 articles ou reportages dans plus de 20 médias régionaux, nationaux et de l'État du Vermont, incluant une large couverture de l'opération d'épandage aérien d'appâts vaccinaux en août 2006 par les réseaux de télévision nationaux Société Radio-Canada (SRC), TVA et TQS. Dans l'ensemble, c'est plus de 155 placements médias qui ont été diffusés en plus des différents outils d'information (dépliants, aimants ou supports pédagogiques) distribués aux citoyens, écoles primaires et CPE.

Les premiers résultats de l'étude cas-témoin menée par la Direction de santé publique ont démontré que 98 % de la population du territoire visé par les activités de communication avait entendu parler des opérations menées contre la rage en 2006.

Remerciements

Les personnes qui œuvrent au Secrétariat général – Direction des services administratifs et des communications mettent leurs expertises et leur énergie à soutenir le personnel et les différentes opérations de l'Agence. Je les remercie chaleureusement pour tout ce travail fait au quotidien et pour leur souci constant de bien servir notre clientèle.

La secrétaire générale, directrice des services administratifs et des communications,



Odette Leduc

4.4 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (DSP)

Mot de la directrice

Le principal enjeu de notre direction pour l'année 2006-2007 était de poursuivre notre soutien aux directeurs responsables du dossier de santé publique dans chacun des CSSS et de développer avec eux une vision commune de santé publique. Cet enjeu nous est apparu primordial dans le contexte du développement des projets cliniques sur le plan local et de l'importance de bien positionner le dossier de santé publique qui devient en compétition avec les besoins toujours très grands des services curatifs.

À cet égard, nous avons surtout misé sur la mise en place d'un programme de développement des compétences conçu avec les directeurs locaux responsables du dossier de santé publique. Nous avons aussi précisé l'offre de service de la DSP. Enfin, nous avons participé étroitement à la mise en place et aux travaux des RCA afin de bien positionner le dossier au niveau régional. Dans ce but, un coordonnateur de la DSP agit à titre de copilote pour chacun des RCA.

Une évaluation positive des résultats obtenus en Montérégie dans l'implantation du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP)

Un deuxième bilan de l'implantation du PNSP a été effectué. Dix-huit cibles d'action prioritaires ont fait l'objet de ce bilan. Il nous apprend que nous avons atteint, dans les deux tiers des cas, l'objectif ministériel, ce qui nous place parmi les régions les plus performantes du Québec. L'implantation du PNSP va donc bon train, bien que des améliorations restent à faire.

Le *Clostridium difficile* : un dossier sous le regard des médias

L'année 2006-2007 a été très marquée par une crise vécue au CSSS Richelieu-Yamaska. Des efforts constants ont été déployés par l'équipe du programme maladies transmissibles afin de soutenir le CSSS dans ses démarches pour faire face à une éclosion de C. difficile.

Cette crise a amené le ministre Couillard à exiger une enquête du coroner à laquelle la DSP a collaboré de façon intensive.

Des environnements physiques sains et sécuritaires : sujet du deuxième rapport de la directrice

Le rapport de la directrice portant sur la qualité de nos environnements physiques et son impact sur la santé des Montérégiens vise à mobiliser les différents acteurs de la communauté à agir de concert autour de cet enjeu de société très actuel. Son lancement a eu lieu le 7 juin 2006 devant plus de 130 participants provenant du milieu de la santé, des municipalités, de différents ministères et des organismes communautaires. Par la même occasion, les résultats d'une enquête portant sur le comportement et la perception des Montérégiens à l'égard des environnements physiques ont été dévoilés. À la suite de cette rencontre, les équipes de la DSP ont su profiter de différentes occasions afin de soutenir ces actions et de poursuivre la sensibilisation des partenaires.

Nos enjeux pour 2007-2008

Dans la prochaine année, nous prévoyons poursuivre, en collaboration avec les directeurs locaux responsables du dossier de santé publique, des travaux qui viseront d'une part, à préciser le partage des rôles entre les niveaux local et régional, en conformité avec les mandats dévolus par les lois qui nous encadrent, d'autre part, à discuter des différents modèles d'organisations et de fonctionnement qui sont présents sur le territoire et à identifier les caractéristiques qui faciliteraient l'implantation du programme de santé publique, dans le nouveau contexte apporté par la réforme. De plus, le *Plan d'action régional 2004-2007 – Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie* (PAR) sera mis à jour en lien avec la révision du PNSP et l'identification des orientations stratégiques du RCA Santé publique. Nous travaillerons étroitement avec les CSSS pour réaliser ce mandat.

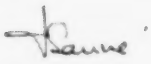
Enfin, nous poursuivrons l'application de notre projet de développement des compétences des directeurs locaux en lien avec les différents défis qui leur sont présentés. Nous prévoyons aussi élargir ce projet afin de rejoindre les cadres intermédiaires et professionnels œuvrant en santé publique tant au niveau local que régional.

Un travail d'envergure

L'ensemble des dossiers de la DSP a interpellé plusieurs membres de notre personnel. Nous profitons de ce rapport annuel pour les remercier et pour souligner la qualité de leur travail ainsi

que leur importante préoccupation à bien soutenir les CSSS et tous nos différents partenaires. Merci!

La directrice de santé publique,



Jocelyne Sauvé

Faits saillants

Développement des compétences des directeurs locaux

La *Loi sur la santé publique* (LSP) confie au directeur régional des responsabilités qu'il ne peut assumer seul. Sa capacité d'action est fortement dépendante de la collaboration des acteurs locaux nouvellement regroupés au sein des CSSS. Avec le projet de loi 83, ces acteurs locaux ont gagné en pouvoir et en autonomie d'action. Dans un tel contexte, des efforts constants devaient être consentis pour soutenir la transformation des pratiques des acteurs du réseau de la santé publique, notamment celles des gestionnaires du niveau local.

En effet, ces gestionnaires doivent développer de nouvelles compétences dans des domaines tels que : l'utilisation de données sociodémographiques et de santé dans la planification de l'offre de service; l'identification des stratégies et des activités efficaces en santé publique; la gestion basée sur les données probantes; le développement de partenariats solides avec les multiples acteurs intra et interorganisationnels autant sectoriels qu'intersectoriels. Ces différentes compétences deviennent incontournables dans la nouvelle perspective systémique du réseau de la santé.

Travailler en système ouvert transforme également les rapports avec l'environnement : on pourra s'attendre à ce qu'une pression additionnelle soit exercée auprès des gestionnaires quant à leurs attitudes ou compétences comportementales telles que la transparence, la crédibilité, la capacité de développer des alliances, le sens de l'éthique, etc.

Dans le cadre du programme Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES) de la Fondation canadienne de recherche en santé, la directrice de santé publique, en collaboration avec les membres de son équipe, a mis de l'avant un projet visant à établir les compétences clés permettant aux directeurs locaux d'assumer leurs nouvelles responsabilités et à identifier les meilleures stratégies de développement de ces compétences.

À ce jour, plusieurs étapes ont été franchies pour atteindre les objectifs de ce projet, soit :

- le développement d'un dictionnaire intégré des compétences possiblement recherchées par les gestionnaires en santé publique;

- la définition d'un portrait type de compétences préconisées par les directeurs locaux en Montérégie;
- le développement et l'administration d'un outil d'autoévaluation permettant de situer les directeurs locaux par rapport au profil type;
- l'élaboration d'un parcours collectif d'apprentissage pour l'ensemble des directeurs locaux.

Le parcours collectif d'apprentissage s'est actualisé tout au cours de la dernière année par la réalisation de huit jours de formation des directeurs locaux. Les thèmes abordés étaient les suivants :

- surveillance de l'état de santé de la population;
- influence stratégique : éléments essentiels d'une stratégie d'influence;
- interventions efficaces et stratégies gagnantes en santé publique;
- argumentaire et stratégie d'influence permettant de positionner les assises et le bien-fondé de divers programmes de santé publique.

Les commentaires des participants à ce jour sont très positifs et une évaluation systématique du programme sera réalisée au cours des prochains mois.

Ce parcours d'apprentissage a permis bien sûr d'habiliter les directeurs locaux à mieux accomplir les mandats de santé publique confiés aux CSSS, mais il a également contribué à :

- développer et partager une vision régionale et locale commune de santé publique;
- augmenter l'efficacité de la coopération et du soutien entre les acteurs;
- contribuer à la création de nouvelles compétences collectives en santé publique.

Ce projet a été développé spécifiquement pour les gestionnaires du programme de santé publique en Montérégie, mais l'ensemble des outils a été conçu en fonction d'une dissémination à d'autres régions du Québec. Cinq autres régions se sont également montrées intéressées par la démarche dans son ensemble, de même que par les outils disponibles. L'Institut national de santé publique collabore très activement à ce volet du projet.

Finalement, ce projet suscite l'intérêt à l'extérieur du Québec puisqu'un lien a été créé avec l'Agence de santé publique du Canada afin d'explorer les collaborations possibles entre le présent projet de développement des compétences des gestionnaires de santé publique et celui de l'Agence de santé publique du Canada, qui vise le développement des acteurs de santé publique en général.

Offre de services en promotion-prévention

Offrir un soutien aux CSSS : les secteurs promotion-prévention vont de l'avant

Les gestionnaires des secteurs promotion-prévention, soucieux de bien soutenir les CSSS, ont entrepris une tournée pour bien connaître les besoins et mieux saisir les enjeux relatifs aux rôles dévolus aux gestionnaires et intervenants au niveau local.

Cet exercice mènera les secteurs vers une réorganisation des équipes pour favoriser le développement d'une expertise de pointe, la coordination d'activités régionales et l'accompagnement des CSSS afin de mieux soutenir leurs activités de santé publique.

Une offre de service : une action concrète pour soutenir les CSSS

La première édition de l'offre de service visant à permettre aux équipes des secteurs de présenter aux nombreux gestionnaires et intervenants sur la scène locale l'ensemble des activités prévues pour soutenir le déploiement des cibles du PAR et des plans d'action locaux (PAL) dans le domaine de la promotion-prévention a été diffusé à l'hiver 2006. Nous y retrouvons les formations et rencontres prévues de même que des documents ou encore des activités de communication ou d'évaluation susceptibles de bien soutenir les gestionnaires et intervenants des CSSS.

Depuis, une deuxième et une troisième mise à jour de cette offre de service ont satisfait les gestionnaires et professionnels qui se sentent bien épaulés et mieux équipés pour faire face aux nombreux défis rattachés au déploiement d'activités de promotion-prévention.

Un soutien de deuxième ligne

Les secteurs promotion-prévention sont véritablement tournés vers le soutien des CSSS en deuxième ligne. Cela se traduit par la mise en

place d'une structure d'accompagnement personnalisée pour chacun des territoires. Le soutien des professionnels s'exerce dans un climat de confiance et de respect des rôles des CSSS et s'appuie sur les meilleures pratiques de santé publique.

La DSP va de l'avant avec l'offre de service

Depuis mars 2007, la DSP a produit une offre de service plus globale en proposant non seulement les activités de soutien des secteurs promotion-prévention, mais aussi celles des programmes santé au travail et santé environnementale.

Plan de lutte à la pandémie

À l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les gouvernements des pays à l'échelle mondiale se préparent à une pandémie d'influenza. En 2005, le Québec, par son ministère de la Santé et des Services sociaux, a invité toutes les régions à préparer un plan de lutte à la pandémie d'influenza.

Or, dès novembre 2004, les équipes des directions de santé publique des agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie et des Laurentides avaient entrepris conjointement la préparation d'un plan basé sur les six phases du plan de lutte à la pandémie de l'OMS. Plusieurs documents produits ont ensuite été repris de manière provinciale, les deux régions citées ayant été des chefs de file dans l'élaboration d'un tel plan.

En octobre 2005, l'Agence a mis sur pied une structure de projet dédiée à l'élaboration du plan de lutte à la pandémie. Un gestionnaire de projet a été embauché et sept professionnels ont été libérés de leurs tâches habituelles à raison de trois jours par semaine afin de faire de cette tâche colossale une priorité pour l'Agence. N'ayant à ce moment aucun guide ou canevas de base, l'équipe a créé ses propres outils afin de préparer une ébauche de plan de lutte à la pandémie, tout en poursuivant le but que ce plan fasse partie intégrante du plan de mesures d'urgence de l'Agence.

Il est rapidement devenu très clair qu'il fallait créer la même structure de projet pour le réseau local. Les stratégies de collaboration ont été établies, les directions générales des établissements considérant ce projet comme une de leurs nombreuses priorités.

Une première rencontre avec les représentants locaux a eu lieu en novembre 2005 et le travail concerté avec les instances locales a alors été entrepris pour élaborer tous les volets du plan de lutte à la pandémie : santé physique, psychosociale, maintien des activités et santé publique.

Dans le cadre de l'identification des sites non traditionnels de soins qui seront nécessaires en cas d'éventuelle pandémie, une simulation a eu lieu sur notre territoire en juin 2006 et a permis d'évaluer une telle disposition pour l'ensemble de la province.

Le *Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé* a été déposé en mai 2006, selon les échéanciers fixés, et les plans locaux ont été déposés à leur tour en octobre 2006. Les travaux se poursuivent actuellement afin d'actualiser ce plan qui s'intègre dans le *Plan d'organisation régionale de sécurité civile – mission santé* (PORSC-MS) de l'Agence.

La Montérégie a été proactive dans l'élaboration de plusieurs outils et documents au regard de l'élaboration de ce plan d'urgence. Le fait de placer ce dossier en priorité a permis d'atteindre les buts fixés selon les échéanciers établis, mais surtout de produire un document de qualité qui a servi d'exemple pour plusieurs autres régions.

Soutien aux responsables cliniques locaux

Au service de la vision populationnelle qui s'implante dans le réseau, la DSP s'est engagée activement à soutenir les CSSS dans la mise en place de leur projet clinique. Ce faisant, elle a favorisé le réseautage entre les diverses équipes de professionnels de l'Agence et les responsables cliniques locaux.

Parmi les mesures prises, un cadre-conseil a été mandaté pour suivre l'avancement des projets cliniques des établissements dans une perspective de mise en réseau. Depuis un an déjà, une équipe de six professionnelles de la DSP, animée par le conseiller au développement des partenariats, agit à titre de ressource-conseil auprès des CSSS.

Ces conseillères soutiennent les responsables des projets cliniques dans leur planification et dans l'utilisation des outils développés régionalement (les cadres de référence et les continuums d'intervention).

À l'affût des besoins actuels des CSSS en matière d'information et de formation, elles s'appuient sur la collaboration étroite des autres équipes de l'Agence. Au cours de la dernière année, la plupart des responsables de projets cliniques des CSSS ont fait appel à l'une ou

l'autre des conseillères. Ces collaborations se poursuivent sur une base régulière chez plus de la moitié des établissements, et ce, à la grande satisfaction des partenaires.

Au cours de l'année, elles ont animé des rencontres portant sur l'approche populationnelle à l'intention de groupes de pilotage de projets cliniques, elles ont participé à certains chantiers ou tables de travail et elles ont exercé diverses formes d'accompagnement de responsables de continuums et d'animateurs internes, particulièrement dans leur démarche d'appréciation de pistes d'action. Leur mandat devrait se poursuivre jusqu'au terme de l'élaboration des projets cliniques locaux.

Enfin, il faut souligner que des ressources de l'équipe Surveillance de l'état de santé de la population sont consacrées à soutenir ce virage populationnel en documentant le portrait de santé et de bien-être à l'intention des planificateurs locaux.

Système d – Activités de développement des compétences en milieu scolaire pour la prévention des toxicomanies et de l'usage des jeux de hasard et d'argent (JHA) dans le cadre de la transition du primaire au secondaire

Système d réfère à « définir, découvrir, devenir », termes en lien avec l'adolescence, et à « débrouiller, décider, développer », termes en lien avec la responsabilisation et la capacité des jeunes de faire des choix éclairés. Ce programme s'adresse aux élèves de sixième année du primaire.

Système d est le résultat d'une démarche de travail répartie sur plus de deux ans, entreprise à l'automne 2004. Le PNSP a précisé les objectifs nationaux au regard de la prévention de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. De plus, le développement de l'offre de jeux de hasard et d'argent et sa banalisation depuis la dernière décennie nous amènent à nous préoccuper davantage de ce phénomène. Système d vise à remplacer efficacement des programmes existants en prévention des toxicomanies et du tabagisme pour intégrer l'approche sous la rubrique « Dépendances » dans le cadre d'École en santé.

La Montérégie a fait alliance avec les régions de Laval et de l'Outaouais pour mettre de l'avant une approche globale de prévention. Compte tenu de la banalisation de certaines drogues et des JHA entraînant une hausse de leur acceptabilité et de leur désirabilité, nous avons adopté des messages cohérents en matière de dépendances. À ce jour, plusieurs autres régions du Québec s'intéressent au programme dont Chaudières-Appalaches, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie et Mauricie-Centre-du-Québec.

Les fondements

- Une approche qui comprend plusieurs composantes et qui s'imbrique à travers d'autres stratégies (par exemple : politiques scolaires, développement d'environnements favorables et activités communautaires). Cette approche repose sur un cadre théorique solide présentant une perspective écologique.
- Une approche qui vise une multiplicité de facteurs de protection (par exemple : habiletés sociales des jeunes, habiletés parentales, etc.) et qui fait appel à des stratégies multiples, conformément aux meilleures pratiques.
- Une approche axée sur des facteurs de risque et de protection communs aux différentes toxicomanies (par exemple : tabac, alcool et autres psychotropes) ainsi qu'aux JHA, conformément aux meilleures pratiques.
- Une approche adaptée au stade de développement en vue de mieux ajuster les messages à transmettre aux jeunes.
- Une approche intégrée au programme de formation scolaire et conforme aux recommandations formulées dans l'approche École en santé.
- Un programme clés en main qui définit clairement les tâches et responsabilités des différents acteurs.

Conclusion

Système d est le premier programme de promotion et de prévention québécois destiné au milieu scolaire primaire abordant l'ensemble des problématiques de dépendance (toxicomanie, JHA ainsi que tabagisme) à partir de facteurs communs de risque et de protection. Il est configuré de façon à s'adapter aussi bien au programme de formation de l'école québécoise qu'à l'approche École en santé tout en s'inscrivant dans le continuum de l'ensemble des interventions en prévention des toxico-

manies mises de l'avant par la santé publique, tels que les Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance (SIPPE), Fluppy et Vers le pacifique.

La réalisation du programme Système d repose sur la collaboration étroite des ressources en santé publique de trois régions apportant chacune leurs compétences spécifiques, soit celles de Laval, de l'Outaouais et de la Montérégie. En outre, Système d fait appel à l'expertise du milieu scolaire et du milieu universitaire, dont la précieuse contribution s'avère essentielle à la rédaction du programme et à l'animation des activités proposées.

Interventions extraordinaires pour contrer l'installation de la rage du raton laveur au Québec

Le 2 juin 2006, le tout premier cas de rage du raton laveur a été identifié au Québec, à Dunham en Montérégie. La découverte inattendue de cette maladie mortelle a contraint la directrice de santé publique, les professionnels du programme maladies transmissibles et du service des communications de l'Agence à réagir sur le champ et durant les six mois qui ont suivi. Des opérations préventives et des activités médiatiques ont été planifiées, mises en œuvre et coordonnées avec plusieurs ministères.

De juin à novembre, quatre ratons laveurs rabiques ont été découverts dans le sud-est de la Montérégie, dans la MRC de Brome-Missisquoi, près de la frontière du Vermont. Dès la découverte du premier raton infecté, le plan d'intervention d'urgence prévu en cas d'introduction de la rage du raton au Québec a été enclenché.

Structure organisationnelle

La mise en opération du plan d'urgence est imposante. Ce plan implique plusieurs types d'intervention, la collaboration de plusieurs organismes et de nombreux intervenants qui interagissent dans une dynamique multidisciplinaire et intersectorielle.

L'arrimage de tous les partenaires s'est avéré une gymnastique fort intéressante, mais parfois complexe. Au total, plusieurs centaines de personnes des agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de l'Estrie, du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère), de CSSS de la Montérégie et d'autres régions, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), du ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), du ministère des Ressources naturelles et de la Faune (MRNF), de Services Québec, de la Faculté de médecine vétérinaire de l'Université de Montréal, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), de la Fédération des trappeurs du Québec, de l'Association des techniciens en santé animale et du ministère des Richesses naturelles de l'Ontario, ont été impliquées dans les activités liées à la rage du raton au Québec en 2006.

Bilan des opérations 2006

Au cours de l'été et de l'automne 2006, trois opérations terrestres et une campagne de vaccination par largage aérien d'appâts vaccinaux ont été réalisées. Les opérations terrestres, appelées aussi *Point Infection Control* (PIC), sont constituées de deux composantes, soit la dépopulation et le trappage-vaccination-relâche (TVR).

La première opération terrestre a été réalisée après la découverte du premier raton laveur rabique le 2 juin 2006. Lors de cette opération, un deuxième raton laveur positif a été détecté. Un second PIC a été réalisé le 28 août 2006, autour de la zone où il avait été trouvé. Lors de cette opération, un troisième raton laveur rabique a été découvert près d'un site d'enfouissement sanitaire situé à cinq kilomètres de la ville de Cowansville. Une opération de TVR, sans dépopulation, a alors été effectuée dans la municipalité de Cowansville afin de protéger les résidants contre la présence de ratons laveurs rabiques. Enfin, en novembre, un quatrième raton laveur a été identifié positif.

Par ailleurs, une campagne de vaccination orale par largage aérien d'appâts vaccinaux aussi appelé *Oral Rabies Vaccination* (ORV) a été complétée le 19 août 2006. Près de 120 000 appâts ont été distribués en Montérégie dans une couronne de 30 kilomètres autour des deux premiers PIC, couvrant une superficie de 2 271 kilomètres^2. Cette opération visait à créer une barrière immunologique afin de contenir la propagation de la maladie.

Pour conclure, il faut rappeler que la rage est installée en Montérégie pour les trois à cinq prochaines années et que des opérations terrestres et de largage aérien devront être répétées afin d'éliminer ce risque pour la communauté. Pour être considéré exempt de rage du raton, le Québec ne doit pas identifier

d'animal rabique pendant deux années consécutives.

Consolidation des Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) en Montérégie

En 2006-2007, la Montérégie s'est mobilisée afin de s'inscrire dans une orientation ministérielle qui vise à rendre accessibles des SIDEP des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) aux différentes clientèles vulnérables. La démarche de consolidation devait permettre un déploiement optimal des services à l'intérieur et à l'extérieur des murs des SIDEP.

Le panier de services doit s'adresser à une clientèle qui cumule des facteurs de risque aux ITSS et présente en plus une vulnérabilité psychosociale qui fait en sorte qu'elle a habituellement un accès limité aux services existants (toxicomanes, homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, travailleurs du sexe, femmes en difficulté, jeunes en difficulté, itinérants, personnes originaires de pays endémiques, autochtones).

Les objectifs de la démarche étaient de :

- proposer un plan de déploiement des SIDEP-ITSS pour répondre aux besoins des clientèles vulnérables de la Montérégie;
- s'assurer que les SIDEP-ITSS répondent aux besoins de la clientèle visée par une offre de services adaptés et accessibles;
- soutenir la mise en œuvre des SIDEP-ITSS par un financement adéquat et un soutien répondant aux besoins des CSSS.

Pour atteindre ces objectifs, différentes actions ont été réalisées par la DSP et les CSSS en 2006-2007.

1re étape

À l'automne 2006, une tournée des CSSS non SIDEP a été réalisée afin de faire connaître la situation des ITSS, le portrait de la clientèle vulnérable sur chacun des territoires, et de développer une vision commune des SIDEP par les intervenants et gestionnaires des CSSS.

2e étape

En janvier 2007, une rencontre avec les gestionnaires des CSSS-SIDEP s'est tenue afin de dresser le portrait des SIDEP en Montérégie et des services offerts. Cette étape a permis de constater que les services offerts étaient très variables selon les territoires. Les CSSS ont pris conscience qu'il était nécessaire d'améliorer et de compléter le panier de services des SIDEP tel que défini dans les orientations ministérielles.

3e étape

Une rencontre des CSSS s'est tenue afin de vérifier les intentions de chacun face au déploiement des SIDEP et au dépôt d'une proposition de services pour 2007-2008.

4e étape

En mars 2007, une proposition sur la consolidation et le financement des SIDEP pour 2007-2008 a été présentée à la Table régionale de coordination en santé publique (TRCSP).

Le groupe de travail recommande de conserver les cinq SIDEP déjà établis : les CSSS Haute-Yamaska, Pierre-Boucher, Richelieu-Yamaska, Sorel-Tracy et le Suroît, et de développer un SIDEP sur le territoire du CSSS La Pommeraie, ce dernier ayant un indice de défavorisation non négligeable et l'intérêt pour développer des services dès 2007-2008.

Le financement de chaque CSSS-SIDEP a été défini selon la proportion de personnes défavorisées (15-60 ans) de chaque territoire de CSSS sur le nombre total de personnes défavorisées (15-60 ans) en Montérégie, soit 72 250 personnes. Un montant de 205 990 $ sera réparti entre les six CSSS.

Cette démarche de consolidation a permis à chacun des CSSS de prendre conscience de la nécessité d'investir davantage auprès des clientèles vulnérables et de revoir l'offre de service pour mieux les joindre. La démarche se poursuivra en 2007-2008 dans le souci de rendre des services de santé encore plus accessibles aux clientèles vulnérables aux ITSS visées par les SIDEP.

4.5 DIRECTION GÉNÉRALE ASSOCIÉE À LA COORDINATION DU RÉSEAU (DGACR)

Mot de la directrice

L'année 2006-2007 en a été une de consolidation et d'intégration à la suite des ajustements organisationnels et fonctionnels réalisés l'année précédente. Nous observons que l'ensemble des obligations liées au rôle dévolu à la DGACR a été amplement rempli, et ce, avec une qualité et une rigueur remarquables.

Les quelques dossiers suivants permettent de bien comprendre l'ampleur et la complexité de la tâche accomplie.

- La mise en place des six réseaux clinico-administratifs et celui du réseau partenaire de l'activité communautaire. Ces nouvelles instances de concertation et de coordination régionale ont mobilisé l'énergie de tous les coordonnateurs pour la préparation du mandat, la composition et la mise en œuvre d'une nouvelle modalité de travail avec le réseau : participation d'un copilote de la DSP, de deux directeurs généraux accompagnateurs, d'un courtier de connaissances de la DGIC, de représentants des autres directions selon les besoins, ainsi que de représentants des établissements locaux et régionaux. Le premier mandat de ces instances était l'identification de pistes d'action régionales conciliant les préoccupations des acteurs locaux, les orientations politiques et les plans d'action ministériels ainsi que les connaissances scientifiques (cliniques et administratives). L'aboutissement de ces travaux sera la planification stratégique triennale dont la région se dotera en 2007-2008.
- La préparation, l'adoption et la mise en œuvre par le réseau de plans d'action régionaux tels que : le *Plan d'action régional 2005-2010 – Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, le désengorgement des urgences, les soins palliatifs de fin de vie et l'accès aux services spécialisés de chirurgie.
- L'intégration des ententes de gestion dans le fonctionnement par programme nécessitant une collaboration multisectorielle.
- La mise en place de structures participatives nécessaires à l'application du projet de loi 33 pour assister les établissements dans l'élaboration et la planification des plans locaux d'accès aux services spécialisés.
- La conception de tableaux et de graphiques de production chirurgicale et l'élaboration de listes d'attente personnalisées pour chaque établissement. Ces graphiques sont utiles pour les suivis des ententes de gestion, tant pour l'Agence que pour les établissements.
- Le passage d'une logique de travail en programme service vers une logique de programme clientèle.
- La conclusion de trois ententes de service entre trois organismes communautaires et huit CSSS afin de rendre disponibles des services de supervision des droits d'accès (SDA) aux familles (ordonnance de la Cour supérieure du Québec ou entente entre les parties). La mise en place de corridors de services psychosociaux inhérents à ces ententes favorisera le caractère transitoire et souhaitable de ces mesures de SDA.
- La mise en œuvre triennale de la Stratégie d'action jeunesse (SAJ) qui aura permis, à l'an un, de contribuer à consolider 40 maisons de jeunes en Montérégie en leur versant une allocation supplémentaire de 180 802 $. De plus, le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) a été retenu pour implanter le programme de qualification des jeunes qui vise à favoriser l'insertion professionnelle des jeunes. Une somme de 150 000 $ a été octroyée à cette fin. Enfin, un montant de 30 148 $ a été alloué au CJM afin de compléter l'implantation d'une équipe multidisciplinaire en prévention du suicide.
- La recommandation, à la lumière des orientations formulées par le comité conjoint de gestion regroupant des représentants fédéraux et provinciaux, du maintien des services directs destinés aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Ainsi, 19 organismes communautaires et un établissement public peuvent poursuivre leurs projets jusqu'au 31 décembre 2007 avec un investissement de plus de 1,3 millions de dollars.

Ces quelques lignes reprennent à grands traits les réalisations présentées dans les pages suivantes. Celles-ci n'auraient pu être accomplies sans le travail et l'énergie de l'ensemble du personnel et des coordonnatrices des différents secteurs qui sont en contact permanent avec les collaborateurs du réseau. Je vous adresse à tous et à chacun d'entre vous de sincères remerciements.

La directrice générale associée à la coordination du réseau,

Claire Pagé

Faits saillants

Perte d'autonomie et vieillissement (PAV)

Accessibilité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

Le pourcentage de personnes occupant un lit de courte durée en attente d'une place d'hébergement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est passé de 11,1 % en 2002 à 4,2 % en 2006.

La pression exercée par le vieillissement de la population sur les urgences, les services hospitaliers et les ressources d'hébergement est en constante augmentation. Plusieurs mesures ont été initiées au cours de la dernière année pour améliorer l'utilisation de ces ressources de façon optimale tout en assurant des services de qualité aux personnes âgées à risque de perte d'autonomie.

Parmi ces mesures, un projet montérégien visant la mise en place de services de réadaptation, de rééducation et de convalescence a été développé sur trois sites. Deux de ces sites regroupent 15 lits sur chacun des territoires du CSSS Jardins-Roussillon et du CSSS du Suroît et un troisième site regroupe 20 lits sur le territoire du CSSS Champlain.

Ce projet vise à favoriser le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel, et ce, le plus longtemps possible.

Promotion et recrutement des ressources de type familial (RTF) et intermédiaire (RI)

Le projet Promotion et recrutement des ressources de type familial et intermédiaire a impliqué les associations des ressources de type familial (RTF) et intermédiaires (RI), les établissements gestionnaires de RTF et RI et l'Agence.

Les partenaires concernés se sont fixé comme objectif de faire connaître le réseau des RTF et des RI et de se doter d'outils pour effectuer le recrutement de nouvelles ressources. À ce titre, trois actions ont été privilégiées, soit :

- la production d'une présentation *PowerPoint* sur les RTF et RI : les gestionnaires ont été invités à présenter ce document au conseil d'administration de leur établissement;
- la production d'un dépliant promotionnel : *J'habite chez madame Dupré*. L'Agence a fait produire plus de 40 000 exemplaires de

ces dépliants qui ont été distribués dans toute la Montérégie;

- la tenue d'un colloque, le 9 novembre 2006, intitulé : *Les RTF et RI ont-elles un avenir?* 325 personnes y ont participé.

Les objectifs étaient :

- de présenter l'état actuel du réseau des RTF et RI;
- de faire état des différentes avenues et enjeux de développement;
- de faire connaître le réseau des ressources et leur qualité d'intervention.

Malgré un ralentissement du développement du nombre de places pour ce type de ressources en 2006-2007, le portrait de la situation confirme que l'offre de service répond aux besoins des clientèles, mais qu'il faudra, au cours des prochaines années, soutenir et consolider cette offre de service pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui y sont hébergées.

Visite ministérielle d'appréciation de la qualité des services en CHSLD et ressources intermédiaires

En suivi d'une priorité ministérielle depuis 2003, l'Agence collabore avec le Ministère aux visites d'appréciation de la qualité des services en milieux de vie substituts et assure le suivi des plans d'action produits par les établissements à la suite des recommandations qui ont été soumises. Depuis le début de cette démarche, 28 plans d'action ont été mis en application, tant en centre d'hébergement qu'en ressource non institutionnelle desservant les clientèles suivantes : protection de la jeunesse, déficience intellectuelle (DI), santé mentale et personnes âgées.

Grâce à l'implication des établissements dans l'implantation de l'approche milieu de vie et la mobilisation des équipes pour l'amélioration continue de la qualité des services, six centres d'hébergement ont réalisé les recommandations retenues dans le plan d'amélioration, soit en totalité, soit dans une proportion de 80 % ou plus.

Implantation de l'approche « milieu de vie » en CHSLD

Durant l'année 2006-2007, nous avons formé 303 infirmières au *Leadership infirmier en contexte milieu de vie*.

Les objectifs de la formation étaient :

- de connaître les attitudes et habiletés qui permettent d'exercer le leadership infirmier;
- d'expérimenter des situations où le leadership infirmier est nécessaire dans un contexte de travail d'équipe.

Nous avons, de plus, offert la formation *L'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement et soins de longue durée*, du programme de formation du Ministère, à 124 gestionnaires de tous les services reliés à l'hébergement.

Cette formation avait pour objectif d'aider les gestionnaires à implanter ou à actualiser le milieu de vie.

Santé sociale et déficiences (SSD)

Développement des cliniques sous-régionales d'évaluation pour les troubles envahissants du développement (TED)

Depuis plus d'un an, des cliniques sous-régionales d'évaluation TED et du développement ont été mises en place à la suite de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ces cliniques regroupent des professionnels en fonction dans les différentes instances des CSSS, qui évaluaient déjà auparavant les enfants présentant une présomption de TED, sans pouvoir poser le diagnostic.

L'objectif pour ces professionnels, maintenant, est l'évaluation des enfants, en interdisciplinarité avec un médecin, dans le but de poser un diagnostic. En février 2006, le document *Lignes directrices d'évaluation diagnostique des troubles envahissants du développement (TED) en Montérégie s'adressant à une clientèle 0-18 ans*, inspiré d'un document similaire produit par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, a été déposé par l'Agence pour aider à la réalisation de cet objectif. Cette réorganisation en cliniques sous-régionales à l'intérieur des CSSS répond aux standards de qualité proposés par le Ministère dans le but d'améliorer l'offre de service aux DI-TED, tant sur le plan de l'accessibilité que sur le plan de la

qualité, tout en assurant la continuité et l'intégration des services.

Comme mentionné dans le document de travail *Orientations 2007-2012 relatives aux standards d'accès de continuité et de qualité du programme-services déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement*, il est essentiel de favoriser l'accès aux services pour les enfants de moins de six ans présentant un retard global de développement, une déficience intellectuelle et un TED. Voilà pourquoi le développement et le déploiement des cliniques sous-régionales d'évaluation en petite enfance semblent prioritaires.

En janvier 2006, une table a été organisée par l'Agence et par la représentante de la clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement, regroupant les coordonnateurs clinico-administratifs des différentes cliniques sous-régionales. Cette table avait pour but de permettre une mise en commun des expériences de chacun dans le développement des cliniques, afin de favoriser leur déploiement rapidement et efficacement, tout en assurant une uniformité et une conformité dans la qualité des évaluations et dans l'accessibilité aux services. De plus, grâce à la participation des différents partenaires à cette table ronde, soit le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est (CRDI-ME), Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR), le Centre montérégien de réadaptation (CMR), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et l'Association régionale autisme et TED-Montérégie (ARATED-M), une ébauche d'offres de services intégrés et concertés a été produite.

L'organisation en sept cliniques sous-régionales découle de celle des cliniques de pédopsychiatrie qui avaient jusqu'alors le mandat de faire l'évaluation diagnostique TED.

Rapatriement de la clientèle hébergée au CSSS Antoine-Labelle (Pavillon l'Annonciation)

Depuis plus de 10 ans, un groupe de personnes présentant une déficience intellectuelle avec troubles graves de comportement était hébergé dans un établissement de la région des Laurentides. À la suite d'une décision régionale, le CRDI-ME a été mandaté pour préparer une programmation afin de rapatrier ces clients en Montérégie. Le CRDI-ME, le SRSOR et le CSSS Richelieu-Yamaska ont uni leurs efforts afin de concrétiser le projet, ce qui a permis l'intégration des clients dans les locaux destinés à accueillir ce programme au CSSS Richelieu-Yamaska, dès le mois de mars 2007, et ce, de façon progressive.

Consolidation des entreprises d'économie sociale du Québec

La situation précaire des entreprises d'économie sociale en aide domestique (entreprises ou EESAD) de la Montérégie, maintes fois soulignée par les entreprises, a demandé à l'Agence d'effectuer nombre d'interventions dans la région et auprès du Ministère. Le positionnement géographique des entreprises, le choix des territoires à desservir au moment de leur implantation et la volatilité interrégionale du personnel ont exigé beaucoup de souplesse de la part des EESAD et n'ont pas facilité le développement de leur stabilité financière.

Le Ministère, à la suite des demandes des entreprises de la Montérégie et du constat des états de situation ministériels de l'Agence, a amorcé, en 2004-2005, un travail de révision du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), programme qui vise à réduire les coûts des services domestiques pour la clientèle. Cette réduction peut atteindre 10 dollars pour chaque heure de services.

Le travail de révision du Ministère a rejoint les attentes des entreprises, il a permis : une valorisation financière du travail administratif réalisé pour accompagner la clientèle vulnérable; un financement compensant les frais de transport et le temps de déplacement; un soutien financier pour le travail de collaboration entre un CSSS et l'entreprise auprès de la clientèle. De plus, l'échelle des revenus assujettis au PEFSAD a été relevée de 80 % pour les couples. Les interventions des entreprises sont maintenant comptabilisées et pourront être utilisées pour le soutien des ententes de gestion entre les CSSS, l'Agence et le Ministère.

Les rencontres nationales dans le cadre de la gestion du PEFSAD et du soutien financier aux entreprises ont permis de mettre en lumière l'importance du travail de la Montérégie dans l'amélioration de la situation financière et une plus grande stabilité organisationnelle pour toutes les entreprises d'économie sociale en aide domestique du Québec.

Info-Santé

Plusieurs changements ont été apportés aux services Info-Santé au cours de l'année 2006-2007. En effet, pour répondre aux nouvelles orientations ministérielles, la Centrale régionale Info-Santé de la Montérégie (Centrale) a été ciblée comme l'une des 15 centrales de la province pour traiter tous les appels de sa région. Cela a nécessité, au début de mars 2007, le rapatriement des appels des 9 centres locaux de services communautaires (CLSC) pour permettre à la Centrale de traiter tous les appels de la Montérégie. Ce rapatriement a nécessité l'ajout de 9 postes d'infirmières par jour et l'embauche de 27 infirmières pour combler ces 9 nouveaux postes en plus des postes vacants et de la liste de rappel.

Entre-temps, les 15 centrales ont été mises en réseau selon un calendrier de réalisation. Ainsi, à partir du 25 janvier 2007, cette mise en réseau a permis aux appelants montérégiens qui attendent plus de 20 minutes de recevoir une réponse par une autre centrale régionale.

Afin de permettre la mise en réseau, la Centrale a subi des changements technologiques tels qu'un nouveau système de téléphonie, une version Web de l'application pour le traitement des appels et l'utilisation de protocoles infirmiers informatisés.

Également, le répertoire des ressources, utilisé par la Centrale et les CSSS, a été en partie mis à jour.

Comparativement à l'année financière précédente, le volume d'appels traités, qui se chiffre à 363 165, a diminué de 7,69 %. Cette baisse est attribuée principalement à la perte de données, à plusieurs reprises, incluant une période d'arrêt de trois semaines due à la contamination par un virus pendant laquelle les infirmières ont complété la fiche d'appel de façon manuscrite, et à l'instabilité du système de collecte de données lors de la mise en réseau des centrales régionales.

Harmonisation des services généraux

Amorcé en juin 2004, l'inventaire des activités et des ressources touchant les services généraux offerts en CLSC (réalisé en 2005), en centres hospitaliers (CH) et en CHSLD est terminé.

L'inventaire des services permettra aux CSSS d'avoir un portrait global et complet des activités réalisées dans le cadre de ce programme. Les CSSS seront en mesure d'analyser et de voir dans l'ensemble de leur territoire les services offerts, les bris de services, les dédoublements et les sources d'améliorations possibles touchant les services généraux.

Les travaux ont ainsi permis de mettre en lumière certains constats, notamment :

- des écarts remarqués sur un même territoire quant à la gamme de services offerts à la population;
- la notion d'accessibilité par CSSS à préciser considérant les nouvelles modalités d'organisation;
- les services psychosociaux peu développés en comparaison du volet santé ou médical;
- l'harmonisation de la saisie des statistiques et la validation des données.

Un des constats émergeant de ces travaux a permis d'initier, au cours de l'année, l'élaboration de plusieurs guides de saisie des statistiques : psychosocial, soins infirmiers et nutrition (en voie de réalisation). Des formations offertes, tant aux gestionnaires qu'aux archivistes, ont eu lieu. Ce soutien auprès des établissements nous permettra d'apprécier la qualité des données recueillies dans le cadre de ce programme. Des mécanismes continus seront mis en place pour s'assurer de l'application du cadre normatif dans les CSSS.

Violence conjugale et familiale – agressions sexuelles

Les activités suivantes ont été réalisées au regard de la violence conjugale et familiale des agressions sexuelles :

- nomination, dans chacun des établissements (CSSS et établissements régionaux), d'un représentant des problématiques « violence conjugale et familiale - agression sexuelle »;
- soutien à la coordination et à la concertation intersectorielle locale des plans d'action gouvernementaux en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle par une allocation non récurrente à chacun des territoires de CSSS;
- mise en place d'un comité régional composé de l'ensemble des acteurs : CSSS, établissements régionaux et organismes communautaires.

Santé physique, coordination des urgences et santé mentale (SPCUSM)

Démarche nationale d'évaluation et de désignation des équipes de lutte contre le cancer

L'implantation des différents éléments du Programme régional de lutte au cancer s'est poursuivie par le biais des activités du Réseau Cancer Montérégie (RCM). L'Agence, en tant que cogestionnaire du RCM, a soutenu l'ensemble des établissements de la région dans le cadre de la démarche nationale d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires par un groupe-conseil mandaté par le Ministère. À la suite des neuf visites effectuées, le groupe-conseil a émis les recommandations suivantes :

- trois équipes locales ou régionales sont désignées;
- cinq équipes locales sont désignées, mais le maintien de leur désignation est conditionnel à la réalisation des recommandations;
- une équipe n'est pas désignée.

Pour obtenir ou maintenir leur désignation et répondre aux recommandations du groupe-conseil, toutes les équipes doivent tenir compte de tous les aspects de la trajectoire de soins et services en lutte contre le cancer afin de produire et de déposer un programme local de lutte contre le cancer.

En ce qui concerne le volet des soins palliatifs, un comité régional a élaboré un *Plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie* de la Montérégie. La première action de ce plan a été de nommer une infirmière consultante en soins palliatifs dans chacun des CSSS. Celles-ci auront pour rôle de soutenir le développement de la pratique en soins palliatifs en offrant de la formation, du soutien clinique et de la supervision à l'ensemble des équipes qui desservent la clientèle de soins palliatifs de fin de vie (pour toutes les clientèles, dans tous les milieux de soins).

Mesures de désengorgement des urgences (MDU)

Devant l'augmentation du nombre de personnes de plus de 75 ans et plus sur civière (13 %) et hospitalisées (10 %) entre 2002-2003 et 2005-2006 et devant l'engorgement important des urgences, l'Agence a mis en place des mesures de désengorgement pour tous les établissements en décembre 2006 :

- Mesure 1 : mise en place de services de recouvrement à l'autonomie fonctionnelle (SRAF).
- Mesure 2 : intensification spécifique de maintien à domicile (ISMAD).

Une équipe intercoordination à l'Agence a assuré l'élaboration et le suivi régulier de ces mesures auprès des établissements.

Ces mesures ont contribué au désengorgement des urgences par un repérage de la clientèle à l'urgence, par une prise en charge précoce des patients à risque de perte d'autonomie et par l'offre d'autres solutions aux séjours hospitaliers.

Les résultats observés démontrent une légère diminution de 4,4 % de la moyenne de séjour à l'urgence des personnes de 75 ans et plus de janvier à avril et une diminution de 19 % du nombre de patients de 75 ans et plus séjournant plus de 48 heures à l'urgence.

Ainsi, malgré les nombreux épisodes d'éclosion de gastroentérites et de C. difficile qu'ont connus les établissements, les mesures ont contribué à réduire les impacts sur l'engorgement des urgences.

Plan d'action en santé mentale

Au cours de l'année, l'Agence et ses partenaires ont poursuivi les travaux en vue d'atteindre les résultats escomptés du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. Parmi les résultats significatifs, mentionnons :

- l'ajout de 26 nouveaux postes d'intervenants cliniques pour finaliser le déploiement harmonieux et intégré des services en santé mentale des jeunes. Cette consolidation budgétaire permet d'atteindre les balises du plan d'action en regard du nombre de postes requis et de la présence du guichet d'accès aux services;
- la mise en place progressive des équipes de première ligne en santé mentale des adultes avec l'ajout de 37 postes d'intervenants en janvier 2006, permettant de positionner l'offre de service de première ligne en santé mentale;
- l'ajout de 18 places d'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif, favorisant l'utilisation des lits de courte durée pour les adultes en phase aiguë et contribuant au désengorgement des urgences.

La Montérégie se démarque au niveau provincial par un investissement majeur dans la mise en place des équipes en santé mentale des jeunes et des onze guichets d'accès.

Jeunes, dépendances et activités communautaires (JDAC)

Des prix d'excellence pour le programme Crise-ado-famille-enfance (CAFE)

En 1998, dans la foulée du plan régional d'organisation des services (PROS) et des travaux régionaux en cours entre les CLSC et le CJM, et de ceux du comité Lebon, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSSM) présentait au Ministère un projet novateur et déposait un devis d'allocation de 700 000 $ comme projet régional d'intervention auprès des jeunes et des familles en crise.

Ce projet novateur visait à rendre accessible, à tous les jeunes de la région, un programme d'intervention intensive en situation de crise, disponible en milieu naturel avant même la rétention d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), et ce, le soir et les fins de semaine, 365 jours par année.

Le devis prévoyait déjà le processus d'évaluation et les conditions de succès.

Il est fort pertinent de rappeler aujourd'hui les conditions gagnantes qui sont toujours d'actualité et nous permettent ainsi de mesurer le chemin parcouru :

- adhésion des 19 CLSC;
- existence d'une intervention en situation de crise de jour par les CLSC;
- adhésion du CJM;
- priorité d'accès dans tous les programmes;
- arrimage d'Info-Santé et de l'urgence DPJ;
- protocoles d'entente et de référence;
- formalisation des approches et des outils cliniques et formation sur mesure;
- implication réelle des partenaires dans un climat d'ouverture et de confiance;
- devis d'évaluation et recherche en collaboration avec l'Université de Sherbrooke.

En 2006, le programme CAFE :

- est mené par 32 intervenants dans les 11 CSSS;
- dessert en 2006-2007 plus de 811 familles en suivi intensif;
- couvre une clientèle de 5 à 17 ans et leur famille;
- offre un suivi intensif en situation de crise;
- œuvre avec un budget annuel de 2 500 000 $ issu du programme Jeunes en difficulté dont les données sont colligées dans le système I-CLSC et l'on peut dire, sans aucun risque de se tromper, que le nombre de signalements reçus en CJM serait encore plus élevé si ce programme n'était pas implanté;
- est validé par les résultats de la recherche évaluative du programme publié en 2005.

Aujourd'hui, huit ans après son implantation, ce programme fait école au Québec et suscite beaucoup d'intérêt tant de la part du Ministère que des autres régions. En guise de couronnement de cette reconnaissance, le programme s'est vu décerner deux prix prestigieux en 2006, soit un prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'un prix d'excellence de l'administration publique du Québec.

Félicitations à tout le réseau jeunesse montérégien qui a su voir la perspective structurelle d'un programme intensif CAFE en CSSS en impliquant leurs principaux partenaires afin de qualifier significativement l'offre de service aux jeunes en difficulté et à leur famille.

Colloque sur les 16-18 ans hébergés au centre jeunesse : Comment éviter le pire?

L'Agence a participé, avec ses partenaires des CSSS et du milieu communautaire, à l'organisation et au financement d'un colloque initié par le CJM et portant sur les jeunes de 16-18 ans hébergés au CJM. Le colloque visait à identifier des pistes de solution pour mieux accompagner ces jeunes vers l'âge adulte afin d'éviter les problèmes d'isolement, d'itinérance et de délinquance. Cette journée avait pour thème : *Comment éviter le pire?*

Cet événement aura permis aux intervenants qui accompagnent ces jeunes vers leur majorité de prendre connaissance des constats et de la vulnérabilité des jeunes de 16 et 17 ans qui ont participé à l'étude de monsieur Roger Gagnon,

au printemps 2006. Il aura également permis aux organisations de prendre des engagements en faveur de ces jeunes.

En ouverture, monsieur Gagnon a tracé un portrait des jeunes, de leurs besoins et de la nécessité de les accompagner vers l'âge adulte en travaillant en étroite collaboration avec les ressources de la communauté pour éviter la présence de graves difficultés à l'âge adulte.

Les participants ont ensuite été conviés à échanger sur des pistes de solution dans 12 ateliers animés par des acteurs des milieux institutionnels et communautaires, sous les angles des approches alternatives, de la formation et de l'accompagnement des jeunes décrocheurs, de l'employabilité, des liens familiaux à adapter ou réadapter, et de plusieurs expériences d'implication de la communauté. Les ateliers ont été l'occasion d'échanges fructueux entre les intervenants provenant de différents secteurs concernés par l'intégration sociale des jeunes à l'âge adulte.

Le colloque, qui s'est tenu le 27 mars 2007, a été un véritable succès grâce à la présence de plus de 400 participants. Ceux-ci se sont enrichis de divers moyens qu'ils pourront mettre de l'avant afin de faciliter l'insertion des jeunes dans la communauté. De plus, le colloque a soulevé l'intérêt des autres régions. Des suites sont prévues tant dans la planification régionale qu'à l'intérieur du CJM.

Mise en place d'un Réseau partenaires de l'action communautaire (RPAC)

L'Agence désirait soutenir le réseau et les organismes communautaires au regard des nouvelles collaborations à établir dans le cadre des RLS. C'est dans ce contexte qu'elle a procédé au lancement officiel, le 5 mai 2006, du *Cadre de référence régissant les relations entre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, les centres de santé et de services sociaux, les établissements régionaux et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Par la même occasion, l'Agence lançait officiellement le RPAC, composé de représentants : des établissements de tous les territoires de centre de santé et de services sociaux (CSSS), des organismes communautaires de ces mêmes territoires, des établissements régionaux et de l'Agence.

Le RPAC a pour mandat de :

- mieux faire connaître l'action communautaire et l'action communautaire autonome;
- faciliter les relations entre les organismes communautaires et le réseau;
- favoriser une réelle appropriation des orientations du cadre par les instances concernées.

En plus de l'actualisation du cadre, ce réseau vise les objectifs suivants :

- un soutien entre partenaires et un partage d'expertise;
- la convenance de mécanismes de liaison fonctionnels, pour de meilleures relations entre les établissements et les organismes communautaires;
- la convenance de l'application du cadre de référence ainsi que des trois modes de soutien financier (mission globale, ententes de service et projets ponctuels);
- la possibilité d'échange d'information en lien avec diverses questions relatives au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) - mission globale.

Les domaines d'intervention du RPAC s'apparentent à ceux des RCA, tout en demeurant spécifiques. Ce sont ceux :

- de la collaboration et de la cohésion des pratiques relationnelles entre le réseau des établissements et les organismes communautaires;
- du soutien et du partage d'expertise en matière d'action communautaire (amélioration et diffusion des connaissances);
- des orientations ou des offres de service;
- de la résolution de problèmes.

Le RPAC s'est réuni à deux reprises en 2006-2007. Un groupe de travail, issu du RPAC, s'est réuni à cinq reprises. Il a produit un plan de travail et tenu des travaux sur plusieurs aspects du cadre de référence tels que les ententes de service, la résolution des problèmes entre les partenaires et un cahier des modalités d'application du cadre de référence. La mise sur pied d'un tel comité régional constituait une première au Québec dans le contexte de l'actualisation des RLS.

4.6 DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES (DAMU)

Mot de la directrice

La DAMU a connu une année de transition où elle a concentré ses efforts, d'une part, autour des principaux dossiers en santé physique qui graduellement ont été transférés à la DGACR, d'autre part, elle a travaillé à l'élaboration des bases de ses grands chantiers au plan des affaires médicales, notamment la mobilisation médicale autour de la transformation du réseau ainsi que la hiérarchisation des services médicaux.

La DAMU a produit et géré le plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale en lien avec le DRMG et celui en médecine spécialisée, et a également participé activement aux divers travaux des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Finalement, elle a assuré la saine gestion des activités préhospitalières d'urgence et a procédé à la révision de la réponse régionale à toute mesure d'urgence dans le cadre de la mise en place de la mission santé de la sécurité civile.

Je tiens à remercier tout le personnel de la direction pour son implication et pour la qualité du travail produit.

La directrice des affaires médicales et universitaires,

K. Pecko

Krystyna Pecko

Faits saillants

Affaires médicales

Tout au long de l'année, les professionnelles de la direction ont colligé beaucoup de données pour faire un portrait de la population et des effectifs médicaux en place dans chacun des RLS dans le but de soutenir la réflexion nécessaire à la réalisation du plan d'organisation de la médecine en Montérégie, tant en médecine générale que spécialisée.

Les activités entourant la planification régionale des effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée et leur gestion se sont poursuivies de concert avec le DRMG, les directeurs des services professionnels des établissements de la région et les RUIS de McGill, Montréal et Sherbrooke. La direction a effectué le déploiement d'un outil Web pour la gestion du plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en médecine spécialisée. Depuis décembre 2006, la Montérégie a recruté 15 médecins spécialistes et 35 médecins omnipraticiens pour ses PREM 2007.

Secteur des services préhospitaliers d'urgence et sécurité civile – mission santé

Plan d'organisation régionale de sécurité civile – mission santé (PORSC-MS)

Notre système régional s'est transformé au cours des dernières années. L'avènement des CSSS et des RLS modifie considérablement le portrait du réseau de la santé et, par le fait même, la coordination de sécurité civile. De ce fait, il nous fallait revoir notre plan de réponse aux urgences.

Le PORSC-MS a été rédigé de façon à répondre aux lignes directrices de la mission santé que l'on retrouve dans le plan national de sécurité civile. Ainsi, la transition d'une gestion de sinistre à l'échelle régionale vers le palier national, le cas échéant, devrait se faire avec simplicité et efficacité. De plus, l'homogénéité des structures proposées facilite la coordination régionale ainsi que le soutien entre les organisations locales.

Le PORSC-MS traduit la vision de l'organisation en matière de sécurité civile pour la Montérégie. Il vient encadrer les activités de notre réseau lors de sinistre afin que tous les acteurs puissent offrir une réponse concertée en matière de santé et de services sociaux. Il permet de bien saisir les responsabilités de chacun et l'organisation des services dans un contexte de sinistre.

Le PORSC-MS devient donc l'outil de référence pour chacun des acteurs du réseau dans l'élaboration de son propre plan de sécurité civile, qu'il soit public ou privé.

Services préhospitaliers d'urgence

L'algorithme d'orientation des patients

Un des faits marquants réalisé par le secteur Services préhospitaliers d'urgence (SPU) au cours de la présente année a été la révision de l'algorithme d'orientation des patients pris en charge par les services ambulanciers de la Montérégie.

Cette démarche consistait à doter les techniciens ambulanciers/paramédicaux d'un outil de référence qui assure une qualité optimale de soins préhospitaliers et une prise en charge en fonction des besoins des patients et des services offerts dans le réseau de la santé.

Un autre aspect de cette démarche visait l'instauration de cas dits « d'appartenance ». Dans ces situations, la désignation du centre hospitalier prend en considération uniquement la situation et/ou l'état du patient. Ces cas tiennent compte des antécédents médicaux du patient.

En fonction des protocoles établis, les patients de notre région pris en charge par les services préhospitaliers d'urgence ont dorénavant accès au réseau de la santé de la Montérégie ou de Montréal et Laval, aux mêmes conditions.

À présent, nous sommes en mesure de dire : « Le bon patient au bon hôpital ».

4.7 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

Mot du chef du département

À la mi-temps du deuxième mandat du DRMG que je préside, je suis fier des réalisations et de l'implication des médecins de famille montérégiens dans le développement de la première ligne médicale pour mieux répondre aux besoins de santé de la population de notre région. Comme omnipraticiens, nous sommes au centre de la première ligne médicale et en conséquence, nous devrons continuer notre intégration afin de contribuer nous aussi à transformer ce réseau de soins. Le médecin de famille est au cœur des projets cliniques de par sa relation privilégiée avec ses patients et ses liens professionnels constants avec tous les intervenants du réseau.

Pour que les pratiques médicales de première ligne puissent intégrer les modèles organisationnels par chacun des CSSS, nous devons bénéficier de ressources pour que nos actions soient mieux ciblées sur la réponse à apporter aux besoins de nos patients. Ainsi, nous serons de véritables partenaires des réseaux locaux en contribuant à plus d'efficacité et plus de productivité. Notre implication dans une pratique quotidienne et près des besoins de la population devra stimuler notre engagement à participer aux chantiers des projets cliniques locaux. La transformation du réseau de santé doit tenir compte de la contribution de chaque professionnel qui œuvre en santé et orienter son action en impliquant la responsabilité de chaque citoyen qui fait aussi partie du réseau de soins.

Le chef du Département régional de médecine générale,

Laurent Marcoux, m.d.

Faits saillants

Planification et gestion des effectifs médicaux

Le DRMG a continué ses efforts de planification et de gestion des effectifs médicaux. Les objectifs de croissance en 2007, pour la Montérégie, sont de 48 nouveaux omnipraticiens, soit 28 nouveaux facturants et 20 médecins provenant d'autres régions. Vingt-six nouveaux facturants et neuf médecins provenant d'autres régions du Québec sont venus se joindre à notre département montérégien. Dans un souci constant de répartir encore plus équitablement les effectifs médicaux de première ligne, le DRMG, de concert avec ses partenaires des CSSS, a entrepris de développer une nouvelle méthodologie de répartition en tenant compte des ressources médicales en spécialité. Les permanents de l'Agence ont développé et présenté un outil Web pour la gestion du plan régional des effectifs en omnipratique.

Le DRMG révise constamment les priorités régionales pour mieux orienter l'offre de service des omnipraticiens dans la région. La priorité la plus importante actuellement est la prise en charge et le suivi des Montérégiens et particulièrement ceux les plus vulnérables. Cette orientation des priorités vers la continuité de soins dans la communauté se fera encore en tenant compte des besoins des clientèles captives des établissements. Nous avons remodelé les mécanismes d'adhésion et de mutation des activités médicales particulières (AMP) et nous avons publié ces renseignements sur le site de l'Agence à l'onglet DRMG. Nous poursuivons la gestion et le suivi des AMP de la façon la plus équitable pour la population en étant respectueux des médecins collaborateurs.

Nous avons continué la consolidation des comités locaux du DRMG. Cette structure rapproche les instances locales (CSSS), qui connaissent les besoins de leur milieu, du DRMG qui, lui, a la responsabilité exécutive d'appliquer la Loi. Ce comité local est une collaboration de gestion qui permet au DRMG de consulter toutes les instances de chaque territoire puisque les médecins du territoire, les directeurs généraux des CSSS, les directeurs des services professionnels et d'autres partenaires en font partie. Cette structure compte pour nous parmi les faits saillants puisqu'elle permet de meilleures communications tant au sujet des besoins de la

population que de nos membres, tout en permettant un meilleur arrimage et une mobilisation plus efficace.

Le début de 2007 a été l'aboutissement d'une longue négociation pour que nos représentants locaux obtiennent du soutien dans la réalisation de leur mandat. Nous avons maintenant, dans chaque territoire, l'expertise et l'aide administrative d'agents de coordination de première ligne. Ces nouveaux collaborateurs nous seront très utiles tant dans la recherche de données pertinentes que dans la planification et l'exécution des nouveaux modèles organisationnels.

Groupes de médecine de famille (GMF)

Enfin, le DRMG continue de privilégier et de stimuler le modèle GMF. Nous avons été comblés cette année avec l'arrivée de trois nouveaux groupes de médecine de famille avec l'ajout des GMF : Carrefour de la Vallée à Beloeil, Laframboise à Saint-Hyacinthe et du GMF-UMF Charles LeMoyne à Saint-Lambert. D'autres GMF sont en chantier et nous espérons qu'ils chemineront avec succès. Nous avons suivi et accompagné 15 GMF dans leur processus de renouvellement. Cet exercice en est un de conscientisation sur les capacités de maintenir des offres de service de première ligne qui sont maintenant plus responsables et, de ce fait, plus exigeantes de la part de nos médecins de famille.

Première clinique-réseau en Montérégie

Une première clinique-réseau a été accréditée en Montérégie, soit la clinique-réseau Pierre-Boucher. Celle-ci n'est toutefois pas encore tout à fait fonctionnelle, car des ententes doivent être finalisées avec le CSSS Pierre-Boucher au sujet du partage des ressources. Nous sommes assurés que cette clinique-réseau et d'autres seront en fonction en 2007-2008 pour mieux desservir la population et mieux prévenir la pression sur les urgences hospitalières et sur l'hospitalisation.

Colloque du DRMG

Enfin, le 5 mai 2006, nous avons tenu le deuxième colloque du DRMG et sommes très fiers de la participation et de la profondeur de réflexion qu'il a suscitées.

4.8 DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DU DÉVELOPPEMENT DE LA MAIN-D'ŒUVRE (DPDMO)

Mot du directeur

Impact grandissant des pénuries de main-d'œuvre

En 2006-2007, le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie a été touché à un niveau sans précédent par le manque de ressources humaines. Les pénuries de main-d'œuvre annoncées depuis plusieurs années ont été ressenties de façon plus vive que par les années passées et ont exercé une plus grande pression sur le personnel en place. De plus, les prévisions pour les années à venir nous font anticiper une dégradation de la situation au sein de nos établissements.

Face à cette situation, les dirigeants manifestent beaucoup d'inquiétude quant à la capacité du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie de répondre aux besoins de la population au cours des prochaines années.

Les enjeux

Cette préoccupation est fondée sur l'observation de la croissance des pénuries de main-d'œuvre dans plusieurs catégories de personnel. Le vieillissement de la population entraînera un accroissement du volume et de la nature des services requis alors que le vieillissement des effectifs provoquera une accélération des départs pour la retraite. Se jumèle également à ce double impact, la diminution du bassin de jeunes entrant sur le marché du travail. Déjà, le recrutement et la rétention du personnel qualifié posent problème dans la plupart des établissements et l'on constate que la motivation du personnel a été significativement affectée au cours des dernières années.

Quatre enjeux majeurs émergent relativement à l'accès de la population aux services dont elle a besoin et à l'optimisation du fonctionnement du réseau :

- assurer un niveau optimal de recrutement, de fidélisation et d'utilisation des effectifs dans chacune des catégories de personnel par des actions locales dans le cadre d'une stratégie régionale;
- assurer le développement des compétences du personnel cadre et salarié afin de pouvoir répondre aux nouveaux besoins et apporter les ajustements en fonction des nouvelles pratiques professionnelles et de gestion;
- renforcer la mobilisation du personnel;
- accroître le niveau de présence au travail.

Un plan d'action régional et local

Face à ce défi de taille, les décideurs régionaux ont convenu d'un plan de travail mobilisant l'ensemble des partenaires du réseau vers l'atteinte de trois objectifs précis :

- favoriser une utilisation optimale des ressources humaines;
- accroître les taux de fidélisation et de présence du personnel;
- développer les compétences nécessaires à l'évolution des besoins de la clientèle et des pratiques professionnelles dans le cadre d'une organisation des services renouvelée.

Dans le contexte de la pénurie actuelle de main-d'œuvre, la révision de la contribution de chaque catégorie de personnel à la prestation des soins et des services est essentielle. Il s'agira d'adopter des modèles d'organisation des soins qui, tout en étant adaptés aux besoins de la clientèle, tiennent compte des ressources humaines disponibles et mettent à profit l'expertise de chaque catégorie de personnel dans son rôle spécifique. Les tâches confiées à chaque catégorie de personnel devront être qualifiantes ou, à défaut, être effectuées par d'autres catégories de personnel dans le respect des réglementations en vigueur et de la qualité des services.

Sur le volet de la fidélisation, les organisations sont conscientes que les investissements réalisés dans le capital humain sont nécessaires même si les retombées positives ne peuvent se mesurer qu'à long terme. Le départ d'expertise en pénurie engendre pour toute organisation des coûts élevés en argent, mais également, et peut-être surtout, en non qualité ou en rupture dans le niveau de qualité produit par l'organisation.

L'engagement du personnel ainsi que la diminution des taux d'attrition sont conditionnels à la mise en place de pratiques de gestion de ressources humaines favorisant la création d'un environnement psychosocial de travail de qualité

qui tend à augmenter la satisfaction au travail, la mobilisation des individus et des équipes et à réduire la propension du personnel à adopter des stratégies de retrait du milieu de travail.

Les établissements de santé et de services sociaux du réseau pourront ainsi accroître leur attractivité et se prévaloir de l'attribut « d'employeur de choix » et de promoteur de santé.

Un développement optimal des compétences

Au chapitre du développement des compétences réseau, nous avons mis en place une démarche stratégique en soutien à l'implantation des orientations des réseaux clinico-administratifs et des continuums d'intervention. Cette démarche a pour but de faciliter le développement et l'utilisation optimale des compétences. Elle est basée sur une perspective globale qui tient compte d'un ensemble plus vaste comprenant le plan de formation national, le programme régional de développement des compétences et les plans locaux de formation des établissements. Elle se veut donc un des leviers importants pour soutenir nos efforts réseau vers une plus grande accessibilité, continuité et qualité des services dispensés à la population.

Ainsi, à partir des cibles d'amélioration de chacun des continuums d'intervention, nous partageons avec le réseau l'objectif d'habiliter les gestionnaires et les cliniciens aux meilleures pratiques professionnelles et de gestion. En ce sens, les activités de développement des compétences visent à valoriser le *need to know* plutôt que le *nice to know*, à permettre le transfert des apprentissages et le maintien des acquis ainsi qu'à contribuer à l'amélioration de la performance du réseau.

Dans le cadre de sa démarche stratégique, le secteur du développement des compétences réseau a proposé, en 2006-2007, une offre ciblée en fonction des changements organisationnels et cliniques au sein des établissements et de leur réseau local de services.

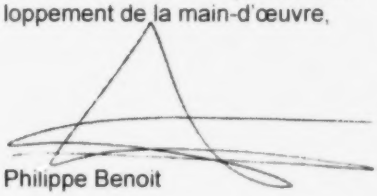
Des programmes de formation en soutien à la transformation des pratiques cliniques ont été implantés, notamment pour les plans de services individualisés, la clientèle souffrant de TED, les équipes de première ligne en santé mentale jeunesse, les archivistes médicales, les infirmières qui ont à exercer un leadership infirmier, les améliorations à la qualité du milieu de vie en CHSLD, les implications de la *Loi P-38* et l'estimation de la dangerosité, etc. Plus d'une centaine de cohortes de formation ont été offertes dans les différents programmes-clientèles, rejoignant ainsi 2 059 personnes.

Nous avons également investi dans l'adaptation de contenus en fonction de nouvelles tâches à accomplir par les intervenants. Notre engagement s'est poursuivi dans les dossiers de développement des compétences en lien avec les priorités régionales et nationales, notamment par notre participation à des groupes de travail ministériels pour l'implantation de la nouvelle *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), le programme national de formation aux préposés aux bénéficiaires et la préparation du plan de formation en cas de pandémie. Nous avons aussi soutenu le programme linguistique d'anglais, langue seconde, de l'Université McGill, pour les intervenants de notre réseau, en lien avec le Collège Champlain.

Dans l'année qui vient, nous poursuivrons notre démarche stratégique de développement des compétences en soutien à la réorganisation du travail, tout en étant attentif à l'évolution des besoins du réseau.

Le tableau de la page suivante présente les principales actions de développement des compétences effectuées au cours de la dernière année.

Le directeur de la planification et du développement de la main-d'œuvre,



Philippe Benoit

DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES RÉSEAU - BILAN STATISTIQUE 2006-2007			
Programme clientèle ou autres activités de développement (clientèle cible)	**Titre de la session**	**Total de participants Par session**	**Total de participants Par programme**
Déficience intellectuelle TED-autisme			
Parents, grands-parents et famille – Intervenants des organismes communautaires	Mieux comprendre l'autisme et les TED	18	
	Une personne autiste dans ma famille	31	
	Programme d'intervention des comportements agressifs (PICA)	25	
Parents, proches et famille élargie	TED sans DI	22	
	TED sans DI pour les parents	22	*118*
Formations régionales			
Archivistes médicales	Archivistes médicales	80	
	Estimation de la dangerosité (*Loi P-38*)	99	
Formateurs régionaux	Formation des formateurs	41	
Intervenants : santé, social, accueil/orientation	Programme linguistique anglais langue seconde	262	
Porte-parole des établissements	Relation média en situation de crise	80	*562*
Interventions universelles			
	Mesures de contrôle et contention	38	*38*
Jeunes en difficulté			
Intervenants	Plan de service individualisé (PSI) Sensibilisation	166	
Cliniciens-experts	PSI Cliniciens-experts	55	*221*
Maladies chroniques			
Intervenants psychosociaux	Intervenants psychosociaux - Lutte contre le cancer	35	*35*
Pertes d'autonomie liée au vieillissement			
Gestionnaires des CHSLD	Amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD	124	
Gestionnaires soutien à domicile (SAD)	Accompagnement auprès des pairs	74	
Intervenants gestionnaires de cas	Gestion de cas	9	
Infirmières en CHSLD	Leadership infirmier contexte milieu de vie (Infirmières)	303	
	Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)	184	
	OEMC Coachs	17	
	Plan d'intervention (PI)	94	
	PI Gestionnaires	18	
Gestionnaires perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)	Utilisation des profils ISO-eSMAF	74	*897*
Santé mentale des adultes			
Intervenants	Prévention du suicide	31	*31*
Santé mentale – jeunes			
Intervenant équipes santé mentale jeunesse	Évaluation des dépressions chez l'enfant et l'adolescent	77	
Intervenant équipes santé mentale jeunesse	Trouble du déficit, de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH)	80	*157*

DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES RÉSEAU - BILAN STATISTIQUE 2006-2007			
Thèmes	**Nombre de sessions**	**Nombre de participants**	**Total des participants par programme**
Cadres du réseau			
Dimension humaine du changement		248	
Gérer la présence au travail		452	
Gestion des risques		204	
Sécurité informatique		65	969
Membres de conseils d'administration d'organismes communautaires			
Rôle et responsabilités d'un conseil d'administration	19	164	
Responsabilités légales d'un conseil d'administration	8	69	
Plan d'action annuel	3	27	
Confidentialité et règles d'éthique	4	47	
Session régionale – rôle et responsabilités d'un conseil d'administration	1	17	*324*
Directrices générales et directeurs généraux, coordonnatrices et coordonnateurs d'organismes communautaires			
Gestion des conflits	2	19	
Gestion des ressources humaines (GRH) en situations difficiles	2	32	
Politique de conditions de travail	2	17	
Sélection du personnel	2	21	
Politique salariale	2	23	
Évaluation du personnel	2	22	*134*
NOMBRE TOTAL DE PARTICIPANTS			3 486

4.9 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET IMMOBILIÈRES (DRFI)

Mot de la directrice

La DRFI a pour objectif de soutenir, conseiller et orienter les autres directions de l'Agence ainsi que les établissements du réseau en vue de garantir à la population des installations et des services adéquats et de qualité.

L'équilibre entre la disponibilité des ressources et les biens populationnels est demeuré un objectif primordial. La réalisation de celui-ci a été possible grâce aux liens étroits et de confiance développés avec les partenaires du réseau.

Au cours de l'exercice 2006-2007, l'équipe des ressources financières réseau en collaboration avec la DGACR a contribué au suivi budgétaire spécifique et a soutenu les établissements par des rencontres régulières et assidues entre la direction de l'Agence et les directions des établissements.

Une Table de concertation régionale des ressources financières (TCRRF) a été créée en début d'exercice : le réseau ressources financières regroupe les directeurs des finances des établissements et deux directeurs généraux accompagnateurs qui ont travaillé en étroite collaboration avec les représentants de l'Agence. Au cours de six rencontres, plusieurs dossiers ont été déposés pour information, discussion et approbation ou proposition au comité de CCSM.

Des sous-comités de travail ont été formés pour des travaux spécifiques, notamment sur les sujets suivants :

- éléments non financés dans les établissements pour lequel un dossier a été transmis au Ministère en mars 2007;
- budgétisation par programme;
- méthodes d'allocation.

De plus, à la suite du départ d'une conseillère, le suivi des dossiers des établissements privés conventionnés a été transféré à d'autres conseillers qui ont su relever le défi.

Le secteur de la gestion immobilière, quant à lui, a poursuivi les efforts visant à maintenir le parc immobilier et d'équipement en bon état de fonctionnement. Des sommes importantes ont été distribuées aux établissements afin de leur permettre d'assumer leur responsabilité en matière de maintien des actifs.

L'Agence a également relancé les programmes d'efficacité énergétique qui permettront de moderniser les infrastructures de ses installations. Un colloque sur les économies d'énergie à l'intention des établissements de la région a été organisé par des membres de l'équipe. Les économies de fonctionnement réalisées contribueront à réduire les dépenses du programme bâtiment considéré en surfinancement relatif pour l'exercice 2006-2007, à moderniser les équipements et à en augmenter la fiabilité.

D'importants projets de construction ayant un impact direct sur les services offerts à la population de la Montérégie sont aussi en cours de réalisation.

En étroite collaboration avec la DGACR, l'équipe du secteur immobilier a contribué à l'élaboration du volet immobilier de la vision stratégique du *Plan d'action 2005-2010 : les services aux personnes âgées en perte d'autonomie* déposé au Ministère.

La DRFI a également participé activement avec la DSP et la DGACR aux visites concernant l'état de situation du C. difficile dans les établissements de la Montérégie.

Par ailleurs, une autre table ayant étroitement collaboré avec les représentants de l'Agence a été créée : la Table de concertation régionale des services techniques. Cette dernière est formée du réseau ressources services techniques, qui regroupe les directeurs des services techniques des établissements et deux directeurs généraux accompagnateurs.

Des sous-comités de travail ont été formés pour des travaux spécifiques notamment : la révision du cadre de gestion immobilier régional et l'utilisation de la réserve régionale en maintien d'actifs.

Enfin le Groupe Biomédical Montérégie (GBM), service autofinancé de consultation en technologie de la santé, a contribué à plusieurs projets d'envergure.

Pour la Montérégie :

- début de la réalisation de plans directeurs locaux des équipements médicaux pour tous les établissements de la région et d'un plan

directeur régional. Ces plans seront complétés en 2007-2008;

- participation au plan *Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie* (SARDM).

Pour le Québec :

- planification du projet laboratoire pour le Ministère;
- participation aux travaux de préparation à une éventuelle pandémie d'influenza (approvisionnement et site non traditionnel de soins) pour le Ministère;
- participation au projet national d'acquisition de certains équipements médicaux;
- participation au plan SARDM pour les régions des Laurentides, Lanaudière, Mauricie et Centre-du-Québec;
- mandataire pour le volet équipements médicaux du projet Actif + Réseau.

Je remercie chacun des membres des équipes qui composent la DRFI pour leur investissement personnel ainsi que leur excellent travail de collaboration avec les autres directions de l'Agence et les partenaires du réseau.

La directrice des ressources financières et immobilières,

Nicole Choinière

Nicole Choinière

Faits saillants

Groupe Biomédical Montérégie (GBM)

Le GBM a été fortement impliqué dans les projets d'informatisation du dossier de santé du Québec, plus particulièrement dans le dossier des *Picture Archieving Communication System* (PACS) et des laboratoires où il a donné des conseils en technologie, en gestion de projets ainsi que sur la conformité juridique des solutions technologiques proposées. Également, il a continué son implication dans les travaux sur la pandémie d'influenza, tant au niveau des approvisionnements en fournitures, que des sites non traditionnels de soins. Il participe activement au projet provincial de pharmacie avec quatre agences (Laurentides, Lanaudière, Mauricie et Montérégie).

De plus, le GBM continue à travailler en vue de la finalisation de la construction du centre ambulatoire du CSSS Pierre-Boucher. En effet, un conseiller-résident à temps plein y est délégué. Parallèlement, de nombreux projets de planification et d'acquisition d'équipements médicaux sont réalisés.

Nous avons terminé le plan directeur d'équipements médicaux pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et nous avons débuté celui de la Montérégie en conformité avec le Projet.

En ce qui concerne les projets d'acquisition, le GBM est impliqué cette année dans le dossier national d'acquisition des équipements médicaux du réseau québécois sous l'égide du Ministère. Il est responsable des dossiers des emballeuses-ensacheuses de médicaments, des pompes à insuline, des tomodensitomètres axiaux, des salles de radiofluoroscopie, des salles de radiographie et des appareils mobiles de radiographie.

Le GBM est également responsable du volet équipements médicaux spécialisés du projet Actif + Réseau.

Parallèlement à ces activités, les services en planification immobilière et en technologie de l'information se développent très bien et bientôt une cinquième ressource sera embauchée dans ce secteur.

Gestion immobilière réseau (GIR)

Les objectifs du secteur immobilier sont les suivants :

- actualiser les projets en lien avec le PALV;
- poursuivre les efforts pour maintenir les actifs en bon état de fonctionnement;
- mettre en place des mesures d'efficacité énergétique dans les installations du réseau;
- assurer le bon déroulement des projets centralisés.

Maintien des actifs

Plus de 16,6 millions de dollars ont été distribués aux établissements de la Montérégie pour maintenir le parc immobilier en bon état de fonctionnement. Cette enveloppe récurrente permet aux établissements de planifier les travaux en tenant à jour un plan triennal d'intervention.

Pour le remplacement des équipements, c'est un montant de 6,7 millions de dollars que les établissements se sont partagé pour réaliser des projets d'acquisition en fonction de leurs priorités.

PALV

Les projets présentés au Ministère pour le volet immobilisation du PALV représentent des investissements de l'ordre de 128,7 millions de dollars. Ces projets, répartis dans trois catégories de travaux, ont été présentés au Ministère et certains d'entre eux ont fait l'objet d'une annonce ministérielle à la fin de l'exercice 2006-2007.

Projets pour le volet immobilisation du PALV	
Projets de rénovation fonctionnelle mineurs	13,9 M$
Projets de rénovation fonctionnelle majeurs	25,0 M$
Développement de nouveaux lits	89,8 M$
Total	**128,7 M$**

Équipements médicaux spécialisés

À chaque année, le Ministère interpelle les Agences afin de connaître leurs priorités d'investissement en matière d'équipements médicaux spécialisés. En 2006-2007, cette importante opération a permis de reconduire au Ministère plus de 85 projets représentant une demande de financement de 25 millions de dollars.

Au cours de l'exercice 2006-2007, le Ministère a annoncé les projets retenus pour l'exercice précédent et l'enveloppe de 11,4 millions de dollars a permis aux établissements de la Montérégie de réaliser 41 projets d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés.

Projets majeurs d'investissement

Plusieurs projets majeurs d'investissement ont été annoncés par le Ministre et sont présentement en cours de réalisation dans notre région. Ces projets sont soit à la phase « étude » (concept/plans et devis préliminaires) ou à la phase « exécution » (plans d'exécution et réalisation des travaux). Le tableau de la page suivante résume la situation de ces projets au 31 mars 2007.

PROJETS MAJEURS D'INVESTISSEMENT			
Établissements	**Projets**	**Budget prévu en M$**	
		Phase étude	**Phase exécution**
Hôpital Charles LeMoyne	Stationnement étagé		10,3 M$
	Centre de cancérologie de la Montérégie	59,0 M$	
	Agrandissement de l'urgence	18,5 M$	
CSSS La Pommeraie	Agrandissement de l'urgence - Centre ambulatoire et cliniques externes	16,5 M$	
CSSS Pierre-Boucher	Agrandissement CHSLD Contrecoeur		6,4 M$
	Intensification services ambulatoires		52,5 M$
	Construction nouvelle - Centre d'hébergement Manoir-Trinité	19,4 M$	
CSSS Richelieu-Yamaska	CLSC La Vallée des Patriotes - Construction nouvelle	7,2 M$	
	CH de Granby - Agrandissement de l'urgence	17,5 M$	
	CH de Granby - Résonnance magnétique		11,1 M$
CSSS Sorel-Tracy	Hôtel-Dieu de Sorel - Réaménagement de l'urgence	8,3 M$	
CSSS Vaudreuil-Soulanges	Foyer Rigaud - Réaménagement	3,4 M$	
	Point de services Saint-Polycarpe		1,3 M$
CSSS du Suroît	CHSLD Cécile-Godin	4,0 M$	
	Regroupement services première ligne	10,0 M$	
CSSS Haute-Yamaska	Villa Bonheur	2,5 M$	
CSSS Jardins-Roussillon	CA La Prairie - Réaménagement	3,0 M$	
	Agrandissement de l'urgence		7,0 M$
	Construction du CLSC Châteauguay		7,6 M$
CSSS Haut-Richelieu–Rouville	Agrandissement de l'urgence		23,0 M$
	Relocalisation du CLSC Richelieu (location)	10,0 M$	
	Réaménagement et agrandissement du deuxième étage du centre hospitalier		23,0 M$
Centre montérégien de réadaptation (CMR)	5 300 Chemin Chambly - Réaménagement	1,5 M$	
	388 Lamarre - Réaménagement	3,0 M$	
Centre Jeunesse montérégien (CJM)	Construction du siège social		7,6 M$
TOTAL		**183,8 M$**	**149,8 M$**

5) SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2006-2007

Les pages suivantes présentent les fiches de reddition de comptes transmises au Ministère dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2006-2007. Les fiches identifient, pour chaque indicateur de l'entente, les cibles, les résultats attendus et obtenus à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Personnel du réseau et du Ministère
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5.45%	5.31%	6.06%

Commentaires

Plusieurs établissements de la Montérégie ont connu des difficultés à atteindre leur cible en assurance-salaire en 2006-2007. La plupart des CSSS de la région sont à l'étape de revoir l'organisation des équipes cliniques et d'encadrement intermédiaire. Ces situations créent un contexte difficile dont les impacts sont significatifs sur la gestion de la présence au travail et font en sorte que la cible régionale de 5.31 n'a pas été atteinte.

Malgré cette situation difficile, l'Agence a réalisé plusieurs actions et ce, dans le cadre d'une approche de collaboration avec les établissements :

a) Organisation et financement de sessions de formation régionale à l'intention des nouveaux cadres

b) Financement de sessions de formation pour les cadres et ce par établissement

c) Service de support spécialisé et diagnostic organisationnel

d) Création d'un comité régional des chefs de service en santé sécurité au travail

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Prévention – tabagisme
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.2 Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)			
- Interventions individuelles	345	345	469
- Interventions de groupe	Nouveau	N/D	455

Commentaires

L'objectif concernant les interventions individuelles est atteint. En 2006-2007, un nouvel indicateur mesurait également les interventions de groupe. Les résultats pour cet indicateur montrent que plusieurs fumeurs ont bénéficié de ces interventions.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Dépistage du cancer du sein
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	53.4%	53.4%	54.7 %
1.1.5 Taux de référence pour investigation			
- initial	17.7%	17.0%	16.8
- subséquent	8.4%	8.0%	7.8

Commentaires

Les trois objectifs reliés au PQDCS sont atteints. En Montérégie le taux de participation à ce programme (54,7 %) est supérieur à celui observé dans l'ensemble du Québec, soit 51,1 %.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	103	26	84
1.1.9 Nombre d'interventions de vaccinations réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	1 209	403	1 016

Commentaires

Les deux objectifs reliés au SIDEP sont atteints.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Système du sang
Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.10 Taux de traçabilité des produits sanguins	N/D	100%	99,99%

Commentaires

Neuf des dix établissements de la Montérégie ont obtenu 100% de traçabilité des produits sanguins et un a obtenu un taux de traçabilité de 99,9 %. Nous pouvons dire que notre région a un excellent taux de traçabilité en regard des produits sanguins.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	8 516	8 597	8 089
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,17	4,2	4,17

Commentaires

Le nombre d'usagers a baissé en 2006-2007. Dans un souci d'amélioration continue de la qualité des données statistiques, des modifications concernant la codification des profils d'intervention 420 à 410 (santé mentale) ont été apportées par plusieurs CSSS. Des usagers desservis par le programme psychosocial courant sont maintenant codifiés dans le programme santé mentale. Cela donne l'impression d'une baisse d'usagers mais dans les faits il s'agit d'un transfert. De plus, plusieurs congés de maladie sans remplacement de personnel ont aussi fait chuter le nombre d'usagers. Nous obtenons ainsi une atteinte de la cible du nombre d'usagers de 94,09 %.

Nous maintenons cependant l'intensité des services pour le nombre moyen d'interventions par usager.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	19 725 (19 714) *	22 297	21 690
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	24,27	24,27	23,02

* Cette donnée représente le résultat selon le nouveau mode de calcul de la RAMQ pour l'année 06-07

Commentaires

Nous notons une augmentation en 2006-2007 de 1 976 usagers desservis ayant un profil d'intervention PALV soit une atteinte de 97,28 % de l'engagement déboursé.

Nous avons offert une prestation de 499 412 interventions, soit une augmentation de 20 776 interventions comparativement à 2005-2006. Le nombre moyen d'interventions reçues par usager a été relativement maintenu depuis les 3 dernières années, soit plus de 23 interventions par usager. L'identification de nouveaux usagers dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences fait en sorte que l'intensité sera comblée lorsque les plans d'intervention de ceux-ci seront plus avancés.

La Montérégie poursuit ses efforts dans la validation de la codification statistique et dans l'accroissement de la desserte de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3.01	3.01	3.05
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0.18	0.19	0.18

Commentaires

Soins infirmiers et assistance

La cible de 2006-2007 est atteinte. On note une légère augmentation du nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers.

Services professionnels

Les résultats de l'année 2005-2006 des CHLSD privés conventionnés comportaient les données du Centre d'activités Pastorale, cette situation a été corrigée en 2006-2007 ce qui explique la légère baisse de l'indicateur.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	4 484 (4 479) *	4 479	4 356
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	26.65 (26.67) *	26.67	28.86

* Cette donnée représente le résultat selon le nouveau mode de calcul de la RAMQ pour l'année 06-07

Commentaires

Le nombre de personnes ayant un profil d'intervention de déficience physique recevant des services à domicile a diminué en 2006-2007. L'atteinte de la cible de l'engagement déboursé est de 97,25 %. L'offre de service à cette clientèle par le biais d'autres modalités n'est cependant pas connue d'une manière précise. Toutefois, lorsque nous consultons la synthèse fournie par la RAMQ concernant la clientèle de moins de 65 ans, nous constatons que si 862 personnes de moins de 65 ans sont admissibles à l'aide variable, 64 d'entre elles sont desservies par le biais de l'allocation directe rétribuée par le CSSS local et ne sont pas comptabilisées à l'indicateur 1.4.1.

On constate que l'intensité des services rendus aux usagers ayant une déficience physique par les services de soutien à domicile a, pour sa part, augmenté de façon marquée pour une atteinte de 106,31 % des objectifs.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	784	784	780

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant une déficience physique recevant des services de soutien par allocation directe est demeuré sensiblement le même pour une atteinte de la cible de 99,5 %.

Par contre, le montant moyen par usager a cependant augmenté de près de 87 $ par famille, soit une augmentation de 6,75 %.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services spécialisés – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	3 448	3 465	3 703
1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	1 993	2 092	2 016
1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	541	541	750
1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	1 563	1 605	1 943
Total : Nombre de personnes ayant une déficience physique desservies recevant des services spécialisés en réadaptation	7 545	7 703	8 412

Commentaires

Le résultat global des services spécialisés en déficience physique dépasse largement la cible 2006-2007. La cible est atteinte à plus de 113%

La difficulté de recrutement de personnel explique le résultat 2006-2007 en déficience visuelle.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 843 (1 824) *	1 824	1 760
1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	18.38 (18.54) *	18.54	19.71

* Cette donnée représente le résultat selon le nouveau mode de calcul de la RAMQ pour l'année 06-07

Commentaires

Le nombre de personnes ayant un profil d'intervention de déficience intellectuelle a baissé en 2006-2007. L'atteinte de la cible est de 96.5 %, ce qui correspond à 64 usagers de moins. L'offre de service à cette clientèle via d'autres modalités n'est cependant pas connue.

Nous constatons que certains CSSS ont clarifié certains diagnostics de trouble envahissant du développement (TED) diminuant ainsi leur volume de clientèle DI pour une meilleure classification au profil d'intervention TED.

Cependant, l'atteinte de la cible en intensité de services (nombre moyen d'interventions) pour la clientèle en déficience intellectuelle est de 106.3 %.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	1 170	1 170	1 082

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant reçu des services de soutien par allocation directe a diminué en 2006-2007. Nous constatons que certains CSSS ont clarifié certains diagnostics de trouble envahissant du développement (TED) diminuant ainsi leur volume de clientèle DI pour une meilleure classification au profil d'intervention TED.

Globalement, le nombre d'usagers DI et TED est demeuré sensiblement le même comparativement à 2005-2006, de même que le montant moyen reçu par usager.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement (TED)
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement (TED) et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	740 (727) *	727	818
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	4,98 (5.02) *	(5.17) *	5.20

* Cette donnée représente le résultat selon le nouveau mode de calcul de la RAMQ pour l'année 06-07

Commentaires

La cible des usagers ayant un profil d'intervention TED a été largement dépassée pour une atteinte de 112, 52 %, soit 91 usagers de plus. Nous constatons que certains CSSS ont clarifié certains diagnostics de TED pour une meilleure classification au profil d'intervention TED.

Cela dénote également un effort effectué par les CSSS afin d'identifier le plus rapidement possible les enfants susceptibles d'avoir besoin de services.

L'intensité des services (nombre moyen d'interventions par usager) a également été largement atteinte.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement (TED)
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement (TED) dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.6 Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	677	677	752

Commentaires

La cible des usagers ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien par allocation directe a été largement dépassée pour une atteinte de 111,08 %, soit 75 usagers de plus. Cela dénote un effort effectué par les CSSS afin d'identifier le plus rapidement possible les enfants susceptibles d'avoir besoin de services.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services spécialisés – trouble envahissant du développement (TED)
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED) en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	101	108	133
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	14.68	15	13.30

Commentaires

La cible des usagers ayant un trouble envahissant du développement recevant des services spécialisés a été largement dépassée pour une atteinte de 123,14 %, soit 25 usagers de plus. Un ajout d'éducateurs par de l'allocation non récurrente a permis de répondre à un plus grand nombre d'enfants et de familles en besoin de services.

La base de calcul utilisée pour identifier le nombre d'heures hebdomadaires d'intervention diffère de celle utilisée l'année précédente. Ainsi, le ratio de 2006-2007 inclut toutes les heures effectuées auprès de notre clientèle en intégration scolaire. La prise en considération de ces heures a pour effet de diminuer de façon significative le ratio obtenu puisque plusieurs enfants reçoivent un nombre d'heures restreint sur plusieurs semaines au moment de leur entrée à l'école. Si ce même ratio était recalculé en considérant essentiellement les heures effectuées auprès de la clientèle recevant 20 heures et plus, cela aurait pour effet d'augmenter le résultat de fin d'année.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services spécialisés – trouble envahissant du développement
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.9 Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	575	575	703
1.5.10 Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	136	136	150

Commentaires

Les cibles des indicateurs sont largement dépassées.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	19 024	19 379	19 425
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6.79	6.79	6.73

Commentaires

La cible 2006-2007 quant aux nombre d'usagers est dépassée.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	18,5	17	24,92
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	28,91	28	23,48
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	57,14	57,14	40,20
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	3,6	7,0	3,71%

Commentaires

Indicateur 1.6.4

La cible de 17 jours n'a pas été en mesure d'être atteinte. On constate une augmentation de 457 signalements retenus pour cette année.

De plus, une augmentation de signalements en abus physique, abus sexuels et négligence concernant les jeunes de 0-5 ans exige des évaluations plus longues.

Les difficultés d'embauche et de rétention du personnel dans la mise en place d'une équipe en surplus dès l'automne 2006 ont fait en sorte que la liste d'attente à l'évaluation a pu être résorbée à la fin mars 2007 seulement. Cependant, il est trop tôt pour voir la diminution des délais d'attente à l'évaluation.

Indicateur 1.6.5

Par ailleurs, les délais d'attente à l'application des mesures dépasse grandement la cible provinciale de 30 jours. Le délai moyen a diminué de plus de 5 jours.

Indicateur 1.6.7

Notons également qu'à la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA, la performance a augmenté, passant de plus de 57 jours à 40 jours d'attente, ce qui diminue le délai d'attente de plus de 17 jours.

Indicateur 1.6.8

Quant au niveau du taux de nouveaux placements en Centre jeunesse, on peut noter une stabilité d'une année à l'autre. La performance du CJM est excellente par rapport à la cible nationale qui est de 7 %. On peut dire qu'en Montérégie, le maintien dans la communauté est vraiment une priorité et que le placement est envisagé une fois que toutes les autres solutions ont été évaluées.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne – toxicomanies
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	739	779	844

Commentaires

Nous constatons que l'objectif est largement dépassé.

La présence d'intervenants des établissements régionaux de réadaptation dans le domaine de la dépendance dans les écoles explique en grande partie l'atteinte de ce résultat.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Jeu pathologique
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	697	697	686

Commentaires

Nous constatons que l'objectif a été presque atteint, soit à 98,4 %.

L'écart s'explique par l'insuffisance d'espace de travail d'intervention dans une collectivité présentant une masse critique de joueurs potentiels. Aussi, le niveau d'achalandage est très sensible aux campagnes promotionnelles de services professionnels et, sur une base annuelle, est très fluctuant et ne peut être constant.

Notons qu'actuellement aucun usager est en attente de service.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.1 Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	1 200 (1 407) *	1 532	1 557
1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	3 448 (3 879) *	5 246	4 048

* Cette donnée représente le résultat selon le nouveau mode de calcul de la RAMQ pour l'année 06-07

Commentaires

Indicateur 1.8.1

La cible est atteinte.

Indicateur 1.8.2

La cible 2006-2007 n'est pas atteinte, pour les raisons suivantes :

1. Retard pour la dotation des postes dans un contexte de réorganisation administrative et clinique des CSSS.
2. Difficulté à recruter les postes additionnels ou vacants dans plusieurs CSSS.
3. Difficultés de recruter des omnipraticiens en 1re ligne pour assurer le suivi médical de la clientèle.
4. Réorganisation des services d'un CSSS avec une réduction de 192 usagers rejoints. Une partie des usagers a été transférée dans un autre CSSS.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de deuxième ligne – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.3 Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	174	174	219
1.8.4 Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	328	328	506

Commentaires

Indicateur 1.8.3

Malgré les efforts déployés, l'absence de pédopsychiatre sur un des territoires ne permet pas d'atteindre la cible pour l'instant. L'arrivée prochaine d'un pédopsychiatre devrait améliorer la situation. De plus, il manque deux pédopsychiatres pour compléter le plan régional d'effectifs médicaux autorisé.

Indicateur 1.8.4

Le nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services est élevé pour les raisons suivantes :

- Certains psychiatres sont en congé de maternité.
- Il est difficile de transférer des adultes ayant une condition stable de la 2e ligne vers la 1re ligne en raison des difficultés de recrutement d'omnipraticiens dans les équipes santé mentale 1re ligne.
- Il manque quatre psychiatres pour compléter le plan régional d'effectifs médicaux autorisé.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	269 (289)	289	361 (368)
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	492	492	471

* Cette donnée représente le résultat selon le nouveau mode de calcul de la RAMQ pour l'année 06-07

Commentaires

Indicateur 1.8.5

La cible est atteinte et largement dépassée si nous comptabilisions les 300 usagers suivis par les organismes communautaires.

Indicateur 1.8.6

Les résultats 2006-2007 ne sont pas représentatifs en raison du transfert d'usagers des services de suivi intensif vers les services d'intensité variables. Si on évalue la performance en ne tenant pas compte du territoire ayant effectué les transferts, nous constatons une excellente performance régionale.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	18.2	17	18.98
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	5.8%	5%	7.14%

Commentaires

Santé mentale	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Écart 5 ans 2002-2003 à 2006-2007	Écart un an 2005-2006 à 2006-2007
DMS patients civières	24.9	22.6	18.8	18.2	**18.98**	-5.9	0.8
Moy. % > 48 h SM	13.4	11.1	6.6	5.8	**7.14**	-6.3	1.3

Les cibles n'ont pas été atteintes cette année.

Les situations problématiques d'éclosions d'infections nosocomiales (C.difficile, gastroentérite, influenza etc.) que nous avons connues cette année ont grandement perturbé les services d'urgence, occasionnant des retards ou une augmentation des durées de séjour des patients.

De plus, les difficultés de dotation des postes additionnels pour les équipes de santé mentale première ligne ont également eu un impact sur les performances aux urgences.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.1 Séjour moyen sur civière	17.5	15.5	19.59
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	23.3	19.2	26.84
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	5.9%	4.3%	8.61%
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	11%	7.6%	16.11%

Commentaires

Santé physique	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Écart 5 ans 2002-2003 à 2006-2007	Écart un an 2005-2006 à 2006-2007
DMS patients civières	20.2	21.2	20.1	17.5	**19,59**	-0.6	2.1
DMS patients civières 75 ans +	27.4	30.1	28.1	23.3	**26,84**	-0.6	3.5
Moy. % > 48 h	10.3	11.9	9.1	5.9	**8,61**	-1.7	2.7
Moy. % > 48 h 75 ans +	17.7	22.1	17.0	11.0	**16,11**	-1.6	5.1

Les quatre cibles ne sont pas atteintes cette année. Toutefois, l'évolution des résultats sur 5 ans démontre des améliorations pour les quatre cibles.

L'année 2006-2007 a été particulièrement marquée par des épisodes prolongés et récidivants d'éclosion de gastroentérites et de C.difficile dans plusieurs établissements, occasionnant des fermetures d'admission et des débordements à l'urgence.

Certains CSSS ont dû effectuer des travaux physiques de réorganisation sur de longues périodes, diminuant ainsi la disponibilité de lits de courte durée et de débordement.

Nous constatons une augmentation des personnes âgées de 75 ans et plus sur civière de l'ordre de 7% et une augmentation de 7% du nombre de transports ambulanciers en Montérégie.

La mise en place progressive des mesures de désengorgement des urgences (janvier 2007) a permis une légère diminution des durées de séjour à l'urgence, et ce, à partir de la période 12 seulement.

Six établissements font l'objet de suivis conjoints Agence-Comité de coordination national des urgences (CCNU). Cependant, nous remarquons depuis le début de l'année 2007-2008 une amélioration sensible dans certains établissements.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soins palliatifs

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	2 573 (2 572)	2 616	2 680
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	17,85 (17,86)	17,86	17,55

* Cette donnée représente le résultat selon le nouveau mode de calcul de la RAMQ pour l'année 06-07

Commentaires

La cible des usagers desservis en soins palliatifs à domicile a été dépassée.

L'intensité des services (nombre moyen d'interventions par usager) a légèrement diminué. L'offre de service à cette clientèle par le biais d'autres modalités n'est cependant pas connue de manière précise.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Lutte contre le cancer
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.7 Nombre de patients en attente de plus de 4 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.8 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A :	85.1%	95%	91%
Catégorie B :	90.3%	90.3%	86%

Commentaires

Indicateurs	Cibles* 2006-2007	Résultats 2005-2006	Résultats 2006-2007	le % amélioration détérioration
Catégorie A :	95%	85.1%	91%	+ 5.9 % (amélioration)
Catégorie B :	90.3%	90.3%	86%	- 4.3 % (détérioration)

Les cibles fixées n'ont pas été atteintes. Toutefois il est important de souligner l'amélioration notable réalisée par la région pour répondre dans les délais fixés pour la catégorie A. Le résultat pour la catégorie B démontre une détérioration; cependant le résultat reste largement supérieur au seuil déterminé par le Ministère, soit 75 %.

Les cibles ne sont pas atteintes notamment en raison d'un problème d'interprétation de la non-disponibilité des patients. Lors d'une rencontre à l'automne avec l'établissement, des précisions ont été apportées concernant cette notion. Malheureusement, l'établissement a éprouvé de la difficulté à documenter les non-disponibilités des patients, ce qui a eu pour effet de diminuer artificiellement sa performance. Cette problématique est actuellement en voie de résolution.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.9 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électro-physiologie.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.10 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie			
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Chirurgie

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	488	502	482
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	635	664	680
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	9 765	8 516	9 790
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	24 953	24 506	24 123
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	20 824	19 368	20 679
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	34	0	40
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	81	0	110
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	290	0	246

Commentaires

Indicateurs de la production chirurgicale	Cibles* 2006-2007	Résultats 2005-2006	Résultats 2006-2007	le % amélioration / détérioration 2005-2006 vs 2006-2007
1.9.11 Arthroplasties de la hanche réalisées	(502)* 451	488	482	-1.2% (détérioration)
1.9.12 Arthroplasties du genou réalisées	(664)* 567	635	680	+7% (amélioration)
1.9.13 Chirurgies de la cataracte réalisées	(8 516)* 8 240	9 765	9 790	+0.3% (amélioration)
1.9.14 Chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	(24 506)* 23 678	24 953	24 123	-3.3% (détérioration)
1.9.15 Chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	(19 368)* 19 010	20 824	20 679	-0.7% (détérioration)

*Cible 2006-2007 incluant surproduction

En tenant compte de la surproduction chirurgicale effectuée par les établissements, la Montérégie a atteint les cibles fixées et davantage encore pour trois types de chirurgies visés, et ce, malgré un contexte difficile avec les spécialistes durant quelques mois.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Chirurgie

Commentaires

Indicateurs de la liste d'attente	Cibles* 2006-2007	Résultats 2005-2006	Résultats 2006-2007	le % amélioration détérioration
1.9.16 Plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	0	34	40	+18% (détérioration)
1.9.17 Plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	0	81	110	+36% (détérioration)
1.9.18 Plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	0	290	246	-15% (amélioration)

Il n'a pas été possible d'atteindre les cibles concernant les délais d'attente. Certains établissements ont réussi; pour d'autres, le défi est plus grand compte tenu de l'ampleur de la liste et de certains problèmes vécus en cours d'année comme les épisodes de gastroentérite qui ont limité la disponibilité de lits, de petites équipes en orthopédie, etc.

Pour les prothèses totales de la hanche, le nombre de chirurgies en liste d'attente de plus de six mois se répartit de façon plus ou moins uniforme. Soulignons toutefois que deux établissements n'ont aucun patient en attente de plus de six mois.

Nous constatons que 75% des patients en liste d'attente de plus de six mois pour les prothèses totales du genou se retrouvent dans trois établissements. Pour les autres établissements, leur nombre est peu important.

Pour soutenir l'amélioration de l'accès et maintenir à 9% le niveau des hors délais pour la chirurgie de la cataracte, la Montérégie produit au-delà de 1,500 cas de plus que ceux prévus à l'entente de gestion.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Promotion et prévention – jeunes et familles**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.10 Proportion de femmes ayant accouché dans l'année rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	53,9%	55,9%	58,1 %

Commentaires

Les efforts consentis par les CSSS en 2006-2007 pour rejoindre les femmes ciblées par les SIPPE ont permis d'atteindre l'objectif fixé.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Gestion des bâtiments et des équipements
Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007 (P13)*
2.1.1 Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	20.83	22.9%	N/D
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1.65	1.80	1.68

Commentaires

L'analyse des résultats des indicateurs 2.1.1 et 2.2.1 est actuellement impossible pour les raisons suivantes :

- Le résultat P-13 de l'indicateur 2.1.1 n'est pas disponible puisque les rapports financiers de la P-13 (CIFINO) ne nous permettent pas d'obtenir cette information. Comme le mentionne la fiche descriptive de cet indicateur, la cueillette des données est sur une base annuelle mais sans spécifier la source de cette cueillette.
- Le résultat P-13 de l'indicateur 2.2.1 n'est pas disponible puisque certains établissements n'ont pas encore transmis leur compilation finale, n'ayant pas obtenu des fournisseurs la facturation énergétique complète pour la période visée.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Équilibre budgétaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006 (1)*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007 (P13)*
Résultat d'exploitation par établissement :			
- 1104-4534 CSSS Pierre-Boucher	(2 747 340)	(1 714 020)	(1 704 654)
- 1104-4542 CSSS Haut-Richelieu/Rouville	(572 018)	(577 354)	(577 354)
- 1104-4559 CSSS Champlain	0	0	0
- 1104-4567 CSSS Sorel-Tracy	(2 054 019)	(408 959)	(408 959)
- 1104-4575 CSSS du Suroît	(1 886 036)	(469 100)	(469 100)
- 1104-4583 CSSS Jardins-Roussillon	(757 776)	(757 777)	(757 777)
- 1104-4591 CSSS La Pommeraie	(974 285)	(974 285)	(974 285)
- 1104-4609 CSSS Richelieu-Yamaska	(710 458)	(721 693)	(721 693)
- 1104-4617 CSSS Vaudreuil-Soulanges	0	0	
- 1236-3412 CSSS du Haut-St-Laurent	0	0	
- 1239-9044 CSSS de la Haute-Yamaska	(396 931)	(396 931)	(396 931)
- 1322-4969 Hôpital Charles LeMoyne	(2 120 511)	(2 120 569)	(2 120 569)
Total régional	(12 219 374)	(8 140 668)	(8 131 322)

Commentaires

Tout au long de l'année financière 2006-2007, l'Agence s'est assurée d'un suivi rigoureux de la situation financière en conformité avec l'entente de gestion et d'imputabilité conclue entre le MSSS et l'Agence.

(1) Résultats du AS-471 au 31 mars 2006

La somme des résultats déficitaires prévue au 31 mars 2007 (P13) pour l'ensemble des établissements publics de la région de la Montérégie respecte la cible déficitaire maximale établie pour l'exercice 2006-2007.

Nom : Luc Boileau Président-directeur général Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

6) INFORMATION SUR L'AGENCE

6.1 EFFECTIFS DE L'AGENCE AU 31 MARS 2007

Fonctions	Exercice en cours	Exercice antérieur
Cadres		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	35	40
• Temps partiel nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	3	2
Employés réguliers		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	267	267
• Temps partiel nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	6.95	5.5
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	2
Occasionnels		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	136 407	161 484
• Équivalents temps complet	76	89

6.2 EFFECTIFS DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

Le DRMG est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la RAMQ et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction formé des membres suivants :

- Laurent Marcoux, chef du DRMG
- Karyne Amyot
- Dorice Boudreault
- Michel Brodeur
- Michel Camirand
- Jérôme Caron
- Richard Desmarais
- Jean Désormeau
- Didier Fay
- Yves Lambert
- Louise Quesnel
- Claude Rivard

Le président-directeur général de l'Agence est membre d'office.

Des sous-comités du DRMG sont mandatés pour étudier des dossiers spécifiques et donner leur avis sur ces dossiers au comité de direction. Ces comités sont :

Activités médicales particulières

- Jérôme Caron, président
- Dorice Boudreault
- Michel Camirand
- Richard Desmarais
- Jean Désormeau
- Laurent Marcoux
- Louise Quesnel

Effectifs médicaux

- Claude Rivard, président
- Karyne Amyot
- Michel Brodeur
- Didier Fay
- Viateur Lalonde
- Yves Lambert
- Laurent Marcoux

Organisation des services médicaux de première ligne

- Michel Camirand, président
- Huguette Bélanger
- Denise Bettez
- Dorice Boudreault

- Jérôme Caron
- Diane Daigle
- Sylvie Gatien
- Laurent Marcoux
- Louise Quesnel

6.3 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les membres du conseil d'administration de l'Agence ont pour mandat :

- d'identifier les priorités et d'élaborer des orientations relativement aux besoins de la population montérégienne et aux services à lui offrir en tenant compte de son état de santé et de bien-être, de ses particularités socioculturelles et linguistiques, et de ses particularités sous-régionales et socio-économiques;
- de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, en tenant compte des mêmes particularités que celles visées au point précédent;
- de nommer les cadres supérieurs et la commissaire régionale à la qualité des services.

Membres du conseil d'administration au 31 mars 2007

- Nadine Bergeron
- Michel Bienvenu
- Jean-François Blanchard
- Philippe Bonneau
- Jean Desormeau
- Fabienne Desroches
- Gilbert Lanthier
- Michel Lapierre
- Jean Lemonde
- Chantal Malo
- Nicole Mongeon
- Louise Passerini
- Patrick Sabourin
- Marion Standish
- Lise R. Talbot
- Bruno Tremblay

Le conseil d'administration est dirigé par Nicole Mongeon à la présidence, par Jean Lemonde à la vice-présidence et par Philippe Bonneau, au secrétariat du conseil.

Le ministre a été informé de quatre démissions au conseil d'administration : en juin 2006, D[r] Didier Fay, qui a été remplacé par D[r] Jean Désormeau, en novembre 2006, Lysanne Labossière, Sylvain Berthiaume et D[r] Gilbert Doumar, qui ont été remplacés respectivement par Michel Lapierre, Patrick Sabourin et par D[re] Louise Passerini.

Code d'éthique et de déontologie

Aucune plainte en regard du *Code d'éthique et de déontologie* n'a été portée à l'attention de la présidente du conseil d'administration. Le *Code d'éthique et de déontologie* figure en annexe I de ce rapport.

6.4 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE (CIR)

La CIR est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services offerts par les infirmières dans la région;
- de donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration et de lui en faire rapport périodiquement.

La commission a déposé deux avis au conseil d'administration : l'un portait sur le *Plan d'action régional 2005-2010 : Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, l'autre sur le *Plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie*.

Membres de la CIR au 31 mars 2007

Comités exécutifs des conseils des infirmières et des infirmiers

- Marie-Claire Boisvert, en remplacement de Lyne St-Pierre (octobre 2006)
- Hélène Lacroix
- Annick Leboeuf
- Chantal Malo

Comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires

- Jacqueline Bourque
- Anny Thibodeau

Gestionnaires des soins infirmiers

- Line Doddridge
- Claudette Giguère

Collèges d'enseignement professionnel et général

- Lucie Maillé

Cooptée – Praticienne en soins infirmiers

- Sylvie Desjardins

Membres observateurs

- Jocelyne Barabé Gauvin
- Martine Bouchard
- Agathe Brisebois
- Pauline Plourde

Président-directeur général de l'Agence

- Luc Boileau

6.5 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE (CMUR)

La CMUR est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre;
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- de donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration et de lui faire rapport périodiquement.

Membres de la CMUR au 31 mars 2007

Comités exécutifs des conseils multidisciplinaires – domaine social :

- Anne Marleine Delcy (poste vacant depuis la démission de Marie-Claude Guérin en septembre 2006)

Comités exécutifs des conseils multidisciplinaires – domaines réadaptation et santé

- Nadine Bergeron
- Rita Senécal

Comités exécutifs des conseils multidisciplinaires – domaines techniques

- Gaëtane Cotton
- Huguette Pelletier (poste vacant depuis la démission de Benoît Lord en septembre 2006)

Gestionnaires

- Marie Boissonnault
- Sylvie Gladu

Éducation

- Jean-Pierre Hamel

Membres observateurs

- Katia Laflamme
- René-Marc Landreville
- Éric Normandeau

Président-directeur général de l'Agence

- Luc Boileau

La commission a déposé deux avis au conseil d'administration : l'un portait sur le *Plan d'action régional 2005-2010 : Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, l'autre sur le *Plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie*.

6.6 FORUM DE LA POPULATION

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

Membres du Forum de la population au 31 mars 2007

- Mireille Beaulac
- Yvan Brodeur
- Macdonald Caza
- Myriam Del Poso
- Luce Desmarais
- André Labbé
- Denise Longtin-Gendron
- Jean-Claude Marchand
- Lucie Marchessault
- Richard Marois
- Jean-Louis Martel
- Pauline Mercier-Laguë
- Michèle Ouimet
- John Ryan
- Shirley St-James
- Jean Turgeon
- David Wright

Cette instance a été renouvelée en juin 2006. Au cours de l'année, les membres ont participé à plusieurs activités dans le cadre d'un programme d'accueil, d'intégration et d'orientation élaboré spécialement à leur intention. Ce programme visait à les familiariser avec les différents aspects de leur mandat.

6.7 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

En 2006-2007, le comité de vigilance et de la qualité a été créé pour assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen.

Rôle de vigilance et fonctions

Le rôle du comité de vigilance et de la qualité est de veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers.

Les fonctions dévolues au comité de vigilance et de la qualité sont les suivantes :

- recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration par la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur du citoyen;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations sur les suites qui devraient être données;
- transmettre ses recommandations au conseil d'administration dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers et aux autres utilisateurs de services;
- assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi de l'application de ses recommandations;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration jugera utile;
- veiller à ce que la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

Liste des membres du comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2007

Président-directeur général de l'Agence

- Luc Boileau

Organismes communautaires

- Philippe Bonneau

Comité des usagers des établissements

- Marion Standish

Une personne choisie parmi les autres membres du conseil d'administration

- Chantal Malo

Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services

- Alexandrine Côté

6.8 COMMISSAIRE RÉGIONALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Dans la foulée des changements apportés par le projet de loi 83 venu modifier la *Loi sur les services de santé et les serivces sociaux*, le conseil d'administration a procédé à la nomination de la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services. Cette dernière est entrée en fonction le 26 septembre 2006. Ses fonctions peuvent se résumer ainsi :

- la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est nommée par le conseil d'administration et est redevable au conseil de l'exercice de ses fonctions;
- la commissaire aux plaintes et à la qualité des services assume des fonctions exclusives et en est imputable. Les fonctions de la commissaire régionale lui sont attribuées en vertu de l'article 66 de la Loi. Ses fonctions sont recentrées sur le respect des droits des usagers, leur satisfaction et le traitement diligent des plaintes;
- la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est membre à part entière du comité de vigilance et de la qualité au sein duquel elle veille au suivi de ses recommandations et traite plus particulièrement des questions relatives à l'amélioration de la qualité des services;
- la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative lorsqu'elle a des motifs de croire que les droits d'une ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés;
- la commissaire assume des fonctions précises relativement à l'information sur les droits des usagers, le code d'éthique et la promotion du régime d'examen des plaintes.
- La commissaire prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, le rapport visé à l'article 76.12 auquel elle intègre le bilan annuel de ses activités ainsi que l'ensemble des rapports visés à l'article 76.10.

7) ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

7.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il approuve les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le Vérificateur général du Québec examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Luc Boileau
Président-directeur général

Odette Leduc
Secrétaire générale
Directrice des services administratifs
et des communications

7.2 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au 31 mars 2007 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 30 mai 2007. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 24 juillet 2007

7.3 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

FONDS D'EXPLOITATION

ÉTAT DES RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
PRODUITS		
Subventions du MSSS	21 611 515 $	20 508 877 $
Revenus d'intérêts	78 827	52 280
Autres	4 336 956	4 349 083
	26 027 298 $	24 910 240 $
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	14 737 126 $	14 314 475 $
Charges sociales	1 475 725	1 436 532
Frais de déplacement et d'inscription	466 903	457 564
Services achetés	1 795 348	1 839 905
Communications	852 290	624 492
Loyer	3 864 971	3 799 759
Location d'équipements	66 838	51 500
Fournitures de bureau	736 797	706 715
Autres	2 665 688	2 224 470
Transfert de frais généraux	(1 032 300)	(958 000)
Immobilisations	191 015	331 809
	25 820 401 $	24 829 221 $
Excédent de l'exercice	**206 897 $**	**81 019 $**

BILAN

Au 31 mars 2007

	2007	2006
ACTIF		
Encaisse	1 689 549 $	1 333 892 $
Débiteurs MSSS	447 890	507 531
Débiteurs établissements	79 565	275 507
Débiteurs autres	638 501	874 838
Charges payées d'avance	40 898	423 561
	2 896 403 $	**3 415 329 $**
PASSIF		
Créditeurs et charges à payer	1 284 729 $	1 826 560 $
Revenus reportés	485 339	681 890
	1 770 068 $	2 508 450 $
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**906 879 $**	**805 259 $**
Subv. MSSS ex. antérieurs	12 724	26 629
Autres	(165)	(6 028)
Excédent de l'exercice	206 897	81 019
Solde à la fin (Note 1)	1 126 335 $	906 879 $
	2 896 403 $	**3 415 329 $**

Note 1 : En 2007, le solde à la fin du fonds d'exploitation est constitué de l'avoir propre de 956 319 $ et du solde à la fin des activités principales de 170 016 $.
En 2006, le solde à la fin du fonds d'exploitation est constitué de l'avoir propre de 847 956 $ et du solde à la fin des activités principales de 58 923 $.

FONDS DES IMMOBILISATIONS

ÉTAT DU SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
Solde créditeur au début	6 047 709 $	6 147 108 $
ADDITIONS		
Contribution du fonds d'exploitation	191 015 $	331 809 $
Contribution des autres fonds	594 903	107 257
Autres	-	10 335
	785 918 $	449 401 $
DÉDUCTIONS		
Radiation d'immobilisations	341 440 $	548 800 $
	444 478 $	**(99 399) $**
Solde créditeur à la fin	**6 492 187 $**	**6 047 709 $**

BILAN

Au 31 mars 2007

	2007	2006
ACTIF		
Immobilisations	6 492 187 $	6 047 709 $
	6 492 187 $	**6 047 709 $**
PASSIF	- $	- $
SOLDE DU FONDS	6 492 187	6 047 709
	6 492 187 $	**6 047 709 $**

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

ÉTAT DES RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	6 141 465 $	5 788 769 $
Contributions d'établissements	1 192 722	1 042 671
Revenus d'intérêts	44 365	35 160
Autres	2 316 976	1 450 313
	9 695 528 $	8 316 913 $
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	4 490 124 $	4 299 134 $
Charges sociales	465 233	445 147
Frais de déplacement et d'inscription	251 454	229 835
Services achetés	1 960 577	1 652 280
Communications	96 095	48 654
Fournitures de bureau	161 371	181 620
Location d'équipements	59 801	107 416
Autres	302 498	247 676
Transfert de frais généraux	1 032 300	958 000
Immobilisations	268 069	91 145
	9 087 522 $	8 260 907 $
Excédent de l'exercice	**608 006 $**	**56 006 $**

BILAN

Au 31 mars 2007

	2007	2006
ACTIF		
Encaisse	1 858 535 $	1 496 286 $
Débiteurs	2 015 065	1 475 626
Charges payés d'avance	13 524	17 259
	3 887 124 $	**2 989 171 $**
PASSIF		
Découvert de banque	870 066 $	746 416 $
Créditeurs et charges à payer	840 832	853 625
Revenus reportés	-	122 534
	1 710 898 $	1 722 575 $
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**1 266 596 $**	**1 025 612 $**
Subv. MSSS ex. antérieurs	295 174	185 703
Autres	6 450	(725)
Excédent de l'exercice	608 006	56 006
Solde à la fin	2 176 226 $	1 266 596 $
	3 887 124 $	**2 989 171 $**

BILAN CUMULÉ ET ÉTAT CUMULÉ DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AFFECTÉS

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
ACTIF		
Encaisse	2 555 518 $	1 561 812 $
Débiteurs MSSS	82 589 209	64 266 044
Débiteurs MSSS - intérêts sur emprunts	260 319	142 060
Débiteurs établissements	11 658	7 182
Débiteurs autres	24 156 259	25 496 478
ACTIF À LONG TERME	122 502 489	127 488 227
	232 075 452 $	**218 961 803 $**
PASSIF		
Découvert de banque	27 362 $	- $
Emprunts de banque	23 895 542	25 416 671
Intérêts sur emprunts à payer	260 319	142 060
Créditeurs établissements	68 590 993	56 661 741
Créditeurs et charges à payer	607 243	766 751
Subventions reportées	155 000	126 600
DETTE À LONG TERME	122 502 489	127 488 227
	216 038 948 $	**210 602 050 $**
SOLDE DU FONDS AU DÉBUT	8 359 753 $	14 824 346 $
Ajustements	2 470 638	
	10 830 391 $	**14 824 346 $**
PRODUITS		
Subventions du MSSS	60 134 877 $	85 517 867 $
Subventions du MSSS - Crédits régionaux	37 238 488	-
Subventions du MSSS - Intérêts sur emprunts	7 760 776	8 274 409
Revenus d'intérêts	184 868	84 678
Contribution du fonds d'exploitation	-	112 500
Autres	14 962 422	13 215 958
	120 281 431 $	**107 205 412 $**
CHARGES		
Attributions - établissements	56 200 301 $	57 788 276 $
Intérêts sur emprunts	7 760 776	8 274 409
Contributions au fonds d'exploitation	397 053	28 000
Contributions au fonds des activités régionalisées	36 409	12 034
Salaires	203 887	189 793
Avantages sociaux	39 023	39 976
Charges sociales	24 512	23 445
Frais de déplacement et d'inscription	12 511	3 976
Services achetés	324 647	184 555
Fournitures de bureau	87 758	25
Autres charges d'exploitation	32 402	102
Dépenses en immobilisations	326 834	16 112
Autres	49 629 205	47 109 302
	115 075 318 $	**113 670 005 $**
SOLDE DU FONDS À LA FIN	**16 036 504 $**	**8 359 753 $**
	232 075 452 $	**218 961 803 $**

BILAN ET ÉTAT DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AFFECTÉS
Pour l'exercice terminé le 31 mars 2007

	FONDS DES IMMOBILISATIONS		FONDS DES ÉQUIPEMENTS	
	2007	2006	2007	2006
ACTIF				
Encaisse	- $	- $	- $	540 $
Débiteurs MSSS	37 465 614	29 309 921	43 482 624	34 362 756
Débiteurs MSSS - intérêts sur emprunts	133 941	59 620	126 378	82 440
Débiteurs autres	12 149 387	8 949 839	11 760 521	16 466 832
ACTIF À LONG TERME	-	-	122 502 489	127 488 227
	49 748 942 $	**38 319 380 $**	**177 872 012 $**	**178 400 795 $**
PASSIF				
Découvert de banque	2 154 $	- $	22 861 $	- $
Emprunts de banque	12 149 387	8 949 839	11 746 155	16 466 832
Intérêts sur emprunts à payer	133 941	59 620	126 378	82 440
Créditeurs établissements	32 978 479	24 555 134	34 938 094	32 068 641
Créditeurs et charges à payer	47 622	5 614	71 309	-
DETTE À LONG TERME	-	-	122 502 489	127 488 227
	45 311 583 $	**33 570 207 $**	**169 407 286 $**	**176 106 140 $**
SOLDE DU FONDS AU DÉBUT	4 749 173 $	9 585 416 $	2 294 655 $	4 517 660 $
Ajustements	2 194 370	-	211 027	-
	6 943 543 $	**9 585 416 $**	**2 505 682 $**	**4 517 660 $**
PRODUITS				
Subventions du MSSS	32 460 510 $	15 456 655 $	27 498 505 $	34 778 157 $
Subventions du MSSS - Intérêts sur emprunts	255 945	121 945	7 504 831	8 152 464
Contribution du fonds d'exploitation	-	112 500	-	-
Autres	222	-	-	-
	32 716 677 $	**15 691 100 $**	**35 003 336 $**	**42 930 621 $**
CHARGES				
Attributions - établissements	34 413 046 $	20 265 942 $	20 894 824 $	36 951 193 $
Intérêts sur emprunts	255 945	121 945	7 504 831	8 152 464
Contributions au fonds d'exploitation	397 053	28 000	-	-
Contributions au fonds des activités régionalisées	20 257	-	16 152	12 034
Salaires	99 171	82 304	11 349	-
Avantages sociaux	22 569	18 826	-	-
Charges sociales	11 945	10 188	1 378	-
Frais de déplacement et d'inscription	2 875	138	43	-
Services achetés	-	-	212 680	37 935
Fournitures de bureau	-	-	44 113	-
Autres charges d'exploitation	-	-	55 017	-
Dépenses d'immobilisations	-	-	303 905	-
	35 222 861 $	**20 527 343 $**	**29 044 292 $**	**45 153 626 $**
SOLDE DU FONDS À LA FIN	**4 437 359 $**	**4 749 173 $**	**8 464 726 $**	**2 294 655 $**
	49 748 942 $	**38 319 380 $**	**177 872 012 $**	**178 400 795 $**

BILAN ET ÉTAT DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AFFECTÉS
Pour l'exercice terminé le 31 mars 2007

	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET TRANSPORT EN AMBULANCES	
	2007	**2006**
ACTIF		
Encaisse	- $	364 275 $
Débiteurs MSSS	1 297 724	561 200
Débiteurs établissements	11 658	7 182
Débiteurs autres	238 092	21 904
	1 547 474 $	**954 561 $**
PASSIF		
Découvert de banque	2 347 $	- $
Créditeurs établissements	110	5 650
Créditeurs et charges à payer	337 544	701 334
Subventions reportées	155 000	126 600
	495 001 $	**833 584 $**
SOLDE DU FONDS AU DÉBUT	**120 977 $**	**100 564 $**
PRODUITS		
Subventions du MSSS	- $	29 969 318 $
Subventions du MSSS - Crédits régionaux	31 943 215	-
Revenus autonomes	13 848 619	12 938 931
Revenus d'intérêts	96 704	64 601
Autres	1 105 631	240 308
	46 994 169 $	**43 213 158 $**
CHARGES		
Contrats minimaux de services d'ambulance	39 726 044 $	38 291 907 $
Particularités régionales	200 858	373 685
Éléments rectifiables	1 259 279	615 790
Centre de communication santé	3 179 418	3 100 000
Formation et assurance qualité	250 200	316 923
Participation, all. de retraite et médicaments	101 983	185 500
Attributions - établissements	815 944	2 310
Ajustements des années antérieures	37 510	2 392
Premiers répondants	14 269	12 957
Déplacement des usagers	25 380	29 249
Charges d'exploitation	269 006	220 677
Dépenses d'immobilisations	12 231	16 112
Autres	170 551	25 243
	46 062 673 $	**43 192 745 $**
SOLDE DU FONDS À LA FIN	**1 052 473 $**	**120 977 $**
	1 547 474 $	**954 561 $**

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS
Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant le montant engagé en fonds affectés	1 587 491 454 $	1 481 936 865 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	37 238 488	34 751 647
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R	1 624 729 942 $	1 516 688 512 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	1 514 861 500 $	1 419 328 985 $
Allocations aux organismes communautaires	53 978 832	51 511 370
Estimé des comptes à payer pourvus en fin d'exercice	12 832 360	4 870 404
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	1 581 672 692 $	1 475 710 759 $
Fonds affectés : Montant attribué	35 756 821	33 720 870
Fonds affectés : Montant reporté	75 000	126 600
Autres	5 818 762	6 226 106
Total des affectations	1 623 323 275 $	1 515 784 335 $
Fonds affectés: solde non attribué	1 406 667	904 177
Total	1 624 729 942 $	1 516 688 512 $

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2007

NOTE 1 - CONSTITUTION, OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;
ii) aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;
iii) les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectué après l'exercice;
iv) de façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;
v) pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;
vi) pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;
viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;
ix) Les contrats de location-acquisition, intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilités comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;
x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;
xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;
xii) La dépense d'intérêt sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici une description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;
ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés;
iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;
iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des fonds des activités régionalisées et des fonds affectés, se retrouve à la note 3.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2007

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des dépenses de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2007

NOTE 3 - FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2007	2006
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	171 812 $	209 717 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	258 751 $	77 127 $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	270 202 $	14 855 $

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2007, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 104 843 782 $, garantie par le Ministère au taux de 4,643 %, dont 80 948 241 $ n'est pas utilisée au 31 mars 2007. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2009.

NOTE 5 - PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE ET HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2007 au regard des banques de vacances, de congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2007	2006
Vacances	1 810 279 $	1 765 967 $
Congés de maladie	199 511	183 291
Heures supplémentaires	116 553	98 398
	2 126 343 $	2 047 656 $

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2007

NOTE 6 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2007 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 3 864 971 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2008	4 225 831 $
2009	4 200 674
2010	4 159 481
2011	3 910 650
2012	3 659 522
2013 et subséquentes	7 624 716
	27 780 874 $

NOTE 7 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait l'objet d'une poursuite avec le Curateur public du Québec et d'autres établissements pour une action en dommages de l'ordre de 4 850 000 $. De l'avis de l'Agence, il est peu probable que l'Agence soit condamnée, compte tenu des allégations, à payer quelque montant que ce soit. D'autre part, si les tribunaux en décidaient autrement, le « Regroupement des programmes d'assurances du réseau de la santé et des services sociaux », en sa qualité d'assureur, assumerait les coûts du jugement.

L'Agence fait également l'objet d'une poursuite de la part d'un Centre privé conventionné, le Groupe Champlain de la ville de Châteauguay pour un montant de l'ordre de 293 600 $. Ce montant représente la taxe sur les immeubles non résidentiels payée à la ville de Châteauguay par le Groupe Champlain. Selon le Groupe Champlain, l'Agence devrait financer cette taxe en vertu de l'article 3.1.7.7 de l'entente cadre avec les établissements privés conventionnés. Le dénouement de ce litige est indéterminable.

Compte tenu de l'incertitude que représente le règlement de ces litiges, aucune provision n'a été comptabilisée au 31 mars 2007.

8) DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

8.1 OBJECTIF DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Établissements publics	
Cible maximale de déficit signifiée à l'entente de gestion	8 140 688 $
Déficit réel (activités principales et accessoires)	8 126 965 $
Écart déficitaire	**13 723 000 $**

Le CJM, l'ensemble des centres de réadaptation ainsi que les CSSS Champlain, du Haut-Saint-Laurent et Vaudreuil-Soulanges ont réussi à maintenir l'équilibre budgétaire entre leurs dépenses et leurs revenus de l'exercice 2006-2007.

Pour les autres CSSS et l'Hôpital Charles LeMoyne, auxquels une cible déficitaire avait été signifiée, les principales mesures entreprises pour assurer le respect de la cible ont été :

- l'élaboration et le suivi de plan de redressement budgétaire;
- le suivi budgétaire périodique, spécifique et soutenu par des rencontres régulières de l'Agence avec les directions des établissements.

Il faut mentionner les efforts considérables et remarquables dans certains cas, ainsi que l'excellente collaboration de chacun. Tous les établissements concernés ont réussi à respecter la cible déficitaire maximale qui leur avait été signifiée.

Pour le prochain exercice, toutes les mesures entreprises pour assurer le respect de la cible déficitaire maximale signifiée à l'entente de gestion seront poursuivies avec assiduité.

Par ailleurs, tous les établissements ont reçu un soutien financier non récurrent pour supporter partiellement des augmentations de coûts non financés par le Ministère.

8.2 BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT – BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Établissements publics		
Centres de santé et de services sociaux		
Budget net de fonctionnement	**2006-2007 $**	**2005-2006 $**
Pierre-Boucher	183 937 502	172 417 073
Haut-Richelieu–Rouville	159 399 445	149 071 422
Champlain	52 781 039	48 352 561
Sorel–Tracy	76 381 134	71 428 773
Suroît	92 156 282	88 997 611
Jardins-Roussillon	114 659 198	107 225 461
La Pommeraie	59 547 551	55 497 828
Richelieu-Yamaska	160 893 672	152 211 015
Vaudreuil-Soulanges	33 864 419	32 431 357
Haut-St-Laurent	21 772 349	16 900 567
Haute-Yamaska	88 269 726	83 005 033
Total	**1 043 662 317**	**977 538 701**

Établissements publics		
Établissements régionaux		
Budget net de fonctionnement	**2006-2007 $**	**2005-2006 $**
Hôpital Charles LeMoyne	162 473 194	150 640 696
Centre jeunesse de la Montérégie	111 482 503	104 871 884
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est	62 481 480	58 094 826
Centre montérégien de réadaptation	14 095 047	12 692 508
Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	37 145 893	34 286 813
Pavillon Foster	2 880 090	2 874 233
Institut Nazareth et Louis-Braille	10 097 536	9 171 454
Le Virage, réadaptation en alcoolisme et toxicomanie	6 763 564	6 280 544
Total	**407 419 307**	**378 912 958**

Établissements privés conventionnés		
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Budget agréé	**2006-2007 $**	**2005-2006 $**
Accueil du Rivage inc.	1 650 298	1 541 969
Florence Groulx inc.	2 130 497	1 880 772
Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc.	9 689 255	9 159 000
Résidence Sorel–Tracy inc.	3 600 815	3 383 348
Centre gériatrique Courville inc.	1 219 146	1 080 328
Vigi Santé ltée (Vigi Brossard)	3 738 648	3 788 026
Vigi Santé ltée (CHSLD Montérégie)	5 600 842	5 128 867
Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	1 849 216	1 838 999
Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis Lapierre	3 926 999	3 888 114
Centre d'hébergement Champlain Châteauguay	5 522 831	5 174 741
Centre d'hébergement Champlain Beloeil	3 006 400	2 644 296
Total	41 934 947	39 508 460
Total régional		
Budget net de fonctionnement et budget agréé privés conventionnés	**1 493 016 571**	**1 395 960 119**

8.3 SURPLUS OU DÉFICITS – BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Établissements publics		
Centres de santé et de services sociaux		
Surplus (déficits)	**2006-2007 $**	**2005-2006 $**
Pierre-Boucher	(1 714 020)	(2 747 340)
Haut-Richelieu–Rouville	(569 574)	(572 018)
Champlain	306 415	10 558
Sorel–Tracy	(406 138)	(2 054 019)
Suroît	(469 100)	(1 886 036)
Jardins-Roussillon	(757 777)	(757 776)
La Pommeraie	(974 285)	(974 285)
Richelieu-Yamaska	(718 571)	(710 458)
Vaudreuil-Soulanges	0	122 490
Haut-St-Laurent	0	24 906
Haute-Yamaska	(396 931)	(396 931)
Total	**(5 699 981)**	**(9 940 909)**

Établissements publics		
Établissements régionaux		
Surplus (déficits)	**2006-2007 $**	**2005-2006 $**
Hôpital Charles LeMoyne	(2 120 569)	(2 120 511)
Centre jeunesse de la Montérégie	342 406	44 869
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est	48 809	667 173
Centre montérégien de réadaptation	294 140	71 854
Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	51 466	2 259
Pavillon Foster	40 590	46 238
Institut Nazareth et Louis-Braille	498 618	39 077
Le Virage, réadaptation en alcoolisme et toxicomanie	191 536	63 526
Total	**(653 004)**	**(1 185 515)**
Total Établissements publics	**(6 352 985)**	**(11 126 424)**

Établissements privés conventionnés		
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Surplus (déficits)	**2006-2007 $**	**2005-2006 $**
Accueil du Rivage inc.	36 844	42 804
Florence Groulx inc.	82 975	42 816
Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc.	(339 269)	(332 267)
Résidence Sorel–Tracy inc.	248 662	36 845
Centre gériatrique Courville inc.	49 297	30 244
Vigi Santé ltée (Vigi Brossard)	155 574	148 644
Vigi Santé ltée (CHSLD Montérégie)	130 003	154 649
Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	(26 385)	12 490
Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis Lapierre	47 158	32 066
Centre d'hébergement Champlain Châteauguay	95 208	47 490
Centre d'hébergement Champlain Beloeil	2 198	25 033
Total	**482 265**	**240 814**
Total régional du surplus (déficits)	**(5 870 720)**	**(10 885 610)**

8.4 AUTORISATIONS D'EMPRUNTS TEMPORAIRES ACCORDÉS AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Au 31 mars 2007, les emprunts temporaires reliés aux dépenses de fonctionnement autorisés par le Ministère sont de 89 400 000 $ et ceux reliés aux dépenses en immobilisations autorisés par l'Agence sont de 10 613 847 $. Le montant réel au 31 mars 2007 est de 46 882 295 $ pour ceux reliés aux dépenses de fonctionnement et de 6 929 975 $ pour ceux reliés aux dépenses en immobilisations.

L'autorisation des emprunts temporaires au titre des dépenses en immobilisations est sous la responsabilité de l'Agence jusqu'à concurrence de 3 % du budget brut de l'établissement concerné et dans la limite du plafond régional de 8 559 000 $. Comme la limite régionale était déjà atteinte, l'Agence a obtenu une dérogation du Ministère pour tous les emprunts autorisés au cours de l'exercice 2006-2007.

9) ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

9.1 ÉTAT DE SITUATION SUR L'EXERCICE DU CONTRÔLE DE CONFORMITÉ ET DU RESPECT DES RÈGLES ET DES NORMES

L'Agence a procédé à l'analyse des demandes de subvention à partir des informations exigées et des critères d'admissibilité et d'analyse du PSOC et a attribué les budgets en conformité avec les règles et les conditions rattachées à ce même programme, et ce, telles qu'édictées dans le cadre de gestion du Ministère.

9.2 PRINCIPAUX RENSEIGNEMENTS AYANT TRAIT AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En 2006-2007, l'Agence a mis en œuvre une importante orientation du *Cadre de référence régissant les relations entre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, les centres de santé et de services sociaux, les établissements régionaux et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux*, en matière de financement des organismes communautaires. En effet, dans le cadre de son allocation annuelle, l'Agence a respecté l'engagement d'allouer aux organismes communautaires jusqu'à 10 % des crédits additionnels des programmes services. Ainsi, un million de dollars a été ajouté au financement à la mission globale des organismes, ce qui correspondait à 9,2 % des crédits additionnels.

Si on tient compte du demi-million consenti par le Ministère pour la mise à niveau des services en violence conjugale, le pourcentage est de 13,2 % des crédits additionnels.

De plus, l'Agence visait à mieux faire connaître l'action communautaire et à en favoriser une réelle reconnaissance par les partenaires concernés. Entre autres mesures, l'Agence a publié un numéro spécial de son bulletin d'information *La Presse de l'Agence*, portant exclusivement sur l'action communautaire.

9.3 PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC)

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Abri de la Rive-Sud	Hébergement mixte	157 559	178 360
Accolade Châteauguay (L')	Santé mentale	186 425	194 687
Accueil pour elle (L')	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	524 764	566 185
Action bénévole de Varennes	Centre d'action bénévole (CAB)		7 500
Action intégration Brossard	Déficience intellectuelle	89 737	94 956
Action jeunesse Roussillon	Maison de jeunes	51 706	52 611
Action jeunesse Saint-Pie X de Longueuil inc.	Maison de jeunes	84 810	86 294
Actions jeunes Saint-Luc	Maison de jeunes	11 521	
Action-services aux aidants de parents âgés - Longueuil	Personnes âgées	96 625	98 316
Adoléus inc. (L')	Maison de jeunes	34 296	34 896
Aidants naturels du Haut St-Laurent (ANHSL) (Les)	Personnes âgées	65 835	69 487
Aide arthrite du Bas-Richelieu	Santé physique	2 363	2 713
Aide momentanée pour les urgences Rigaudiennes (AMUR) inc.	Personnes démunies	2 810	3 160
Aiguillage (L')	Autre ressource jeunesse	51 734	60 906
Alternative - Centregens	Santé mentale	256 916	266 412
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	Santé mentale	350 280	356 410
Alternative jeunesse Richelieu-Yamaska	Organisme de justice alternative	325 519	331 216
Ami-Québec Alliance pour les malades mentaux inc.	Santé mentale	22 363	
Amis du Crépuscule (Les)	Cancer	43 408	44 168
Amis-Soleils de Saint-Bruno (Les)	Déficience intellectuelle	4 000	4 350
Ancre et Ailes du Haut Saint-Laurent	Santé mentale	113 818	140 913
Antre-temps Longueuil (L')	Maison d'hébergement communautaire jeunesse	315 816	336 343
Aphasie Rive-Sud	Déficience physique	10 960	15 330
Après-coup	Hommes en difficulté	175 299	178 367
Arc-en-ciel (Vaudreuil-Soulanges)	Santé mentale	119 305	131 393
Arche Beloeil inc. (L')	Déficience intellectuelle	253 703	276 773
Association Avante	Centre de femmes	75 886	101 328
Association canadienne pour la santé mentale filiale Sorel-Saint-Joseph-Tracy	Santé mentale	71 959	73 218
Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Haut-Richelieu	Santé mentale	83 801	85 268
Association de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique de Vaudreuil-Soulanges	Santé physique		10 000
Association de la déficience intellectuelle de la région de Sorel	Déficience intellectuelle	52 379	53 296

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006 $*	*2006-2007 $*
Association de la fibromyalgie région Montérégie	Santé physique	12 263	31 982
Association de la Rive-Sud pour la déficience intellectuelle	Déficience intellectuelle	69 651	74 519
Association de la sclérose en plaques de la Haute-Yamaska	Déficience physique	26 550	27 015
Association de la sclérose en plaques, section Sorel-Tracy	Déficience physique	20 459	20 817
Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud, Montréal, ltée	Déficience intellectuelle	122 561	124 706
Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	Déficience intellectuelle	46 064	46 870
Association de parents en déficience intellectuelle et physique	Déficience intellectuelle	107 912	126 589
Association d'entraide en santé mentale «L'Éveil» de Brome-Missisquoi	Santé mentale	128 856	136 111
Association des aidants(es) naturels(les) du Bas-Richelieu	Maintien à domicile	45 623	48 921
Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (L')	Concertation et consultation générale	61 563	62 640
Association des devenus sourds et des malentendants du Québec, secteur Rive-Sud	Déficience physique	28 515	32 256
Association des devenus sourds et des malentendants du Québec, secteur Sud-Ouest	Déficience physique	33 003	34 579
Association des familles soutien des aînés de Saint-Hubert	Centre d'action bénévole (CAB)	226 776	230 745
Association des parents des enfants handicapés de la région de Saint-Hyacinthe inc. (L')	Déficience intellectuelle	39 578	40 271
Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale - Rive-Sud (APAMM-RS)	Santé mentale	258 574	263 099
Association des parents et des handicapés de la Rive-Sud métropolitaine	Déficience intellectuelle	52 676	53 598
Association des personnes aphasiques du Richelieu-Yamaska	Déficience physique	23 284	23 691
Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	Déficience physique	5 948	9 908
Association des personnes handicapées de la Rive-Sud Ouest	Déficience physique	99 012	100 745
Association des personnes handicapées de la Vallée-du-Richelieu	Déficience physique	63 081	64 185
Association des personnes handicapées de Saint-Amable	Déficience physique	4 517	
Association des personnes handicapées physiques de Cowansville et région	Déficience physique	62 651	63 747
Association des personnes handicapées Sorel-Tracy	Déficience physique	60 570	61 630
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Montréal régional inc.	Déficience physique	18 033	22 900

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Association Granby pour la déficience intellectuelle	Déficience intellectuelle	33 501	37 851
Association Le Vaisseau d'Or	Santé mentale	134 352	136 704
Association locale des personnes handicapées de Chambly et la région-Alpha	Déficience intellectuelle	59 414	70 629
Association montérégienne de la surdité	Déficience physique	8 000	29 850
Association pour la défense des droits sociaux de Huntingdon	Personnes démunies	8 000	
Association pour le rétablissement des accidentés vasculaires-cérébraux inc.	Déficience physique	7 666	8 016
Association québécoise des troubles d'apprentissage de Bedford, section Brome-Missisquoi	Déficience intellectuelle	34 649	35 255
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité (AQEA), chapitre Montérégie (L')	Déficience physique	31 435	31 985
Association sclérose en plaques Rive-Sud	Déficience physique	78 053	79 419
Association vivre et vieillir chez soi du Bas-Richelieu inc.	Maintien à domicile	64 103	65 225
Ateliers transition inc. (Les)	Santé mentale	235 921	246 050
Au Coeur des Familles Agricoles 2003	Santé mentale	5 000	10 350
Au moulin de la source	Déficience physique	134 068	136 414
Au Second Lieu	Santé mentale	133 858	150 201
Auberge sous mon toit inc.	Maison d'hébergement communautaire jeunesse	321 391	327 015
Avant-garde en santé mentale (L')	Santé mentale	232 330	236 396
AVIF (Action sur la violence et intervention familiale)	Hommes en difficulté	134 719	137 077
Baladeur René de Longueuil	Personnes âgées	5 435	5 785
Bénado inc.	Organisme de justice alternative	276 388	281 225
Bistro 4G	Autre ressource jeunesse		5 000
Boîte à lettres de Longueuil (La)	Autre ressource jeunesse	51 363	56 580
Bon pilote inc. (Le)	Déficience physique	8 000	8 350
Bouffe Additionnelle (La)	Personnes démunies	39 433	34 948
Bouffe du Carrefour (La)	Personnes démunies	42 489	43 233
Butte (La)	Maison de jeunes		5 000
Cabanon (Le)	Maison de jeunes		5 000
Café des deux pains de Valleyfield	Personnes démunies	42 033	42 769
Campagnol des jardins de Napierville centre de jour (Le)	Santé mentale	85 606	87 104
Carrefour communautaire l'Arc-en-ciel	Centre d'action bénévole (CAB)	74 500	79 804
Carrefour communautaire Saint-Roch-de-Richelieu	Personnes démunies	47 924	56 740
Carrefour jeunesse d'Iberville	Maison de jeunes	74 277	75 577

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Carrefour jeunesse Longueuil Rive-Sud	Autre ressource jeunesse	217 111	220 910
Carrefour Le Moutier	Personnes démunies	43 769	44 535
Carrefour Mousseau	Personnes démunies	49 708	55 578
Carrefour Naissance-Famille du Bas-Richelieu	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	77 600	83 958
Carrefour pour elle	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	544 883	586 537
Carrefour-Dignité (Saint-Jean)	Personnes démunies	20 435	20 793
Centre amitié-jeunesse Chambly inc.	Maison de jeunes	74 278	75 578
Centre communautaire de Châteauguay inc.	Personnes démunies	26 196	32 654
Centre communautaire des aînées et aînés de Longueuil	Personnes âgées	118 945	121 027
Centre communautaire l'Entraide plus inc.	Personnes âgées	59 743	63 289
Centre Communautaire Multi-services Un coin chez-nous 1983	Maintien à domicile	102 518	104 312
Centre communautaire Notre-Dame inc.	Personnes démunies	11 428	
Centre d'action bénévole « Les p'tits bonheurs »	Centre d'action bénévole (CAB)	86 534	88 048
Centre d'action bénévole de Beauharnois (Le)	Centre d'action bénévole (CAB)	243 087	222 530
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	93 396	100 030
Centre d'action bénévole de Boucherville	Centre d'action bénévole (CAB)	163 074	169 928
Centre d'action bénévole de Contrecoeur « À plein coeur »	Maintien à domicile	57 933	61 447
Centre d'action bénévole de Cowansville	Centre d'action bénévole (CAB)	117 538	124 595
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	152 234	154 898
Centre d'action bénévole de Granby inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	146 878	153 448
Centre d'action bénévole de la Vallée du Richelieu inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	140 358	146 814
Centre d'action bénévole de Saint-Césaire	Centre d'action bénévole (CAB)	68 780	73 984
Centre d'action bénévole de Saint-Hubert	Centre d'action bénévole (CAB)	118 633	125 209
Centre d'action bénévole de Saint-Jean-sur-Richelieu inc. (Le)	Centre d'action bénévole (CAB)	138 631	145 057
Centre d'action bénévole de Valleyfield inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	180 949	184 116
Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	122 452	124 595
Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région	Centre d'action bénévole (CAB)	105 741	111 591
Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	98 143	103 861
Centre d'action bénévole du grand Châteauguay	Centre d'action bénévole (CAB)		58 465
Centre d'action bénévole et communautaire La Mosaïque	Centre d'action bénévole (CAB)	140 482	146 940
Centre d'action bénévole La Seigneurie de Monnoir	Centre d'action bénévole (CAB)	89 430	90 995
Centre d'action bénévole L'Actuel	Centre d'action bénévole (CAB)	137 154	147 054

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Centre d'action bénévole Soulanges	Centre d'action bénévole (CAB)	95 227	96 893
Centre d'actions bénévoles Intéraction	Maintien à domicile	57 546	58 553
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de Granby	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	221 979	225 864
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) La Vigie	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	222 058	225 944
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) Châteauguay	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	264 710	269 342
Centre d'aide pour victimes d'agression sexuelle Richelieu-Yamaska et Sorel-Tracy (CAVAS)	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	119 386	121 474
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Montérégie	Assistance et accompagnement, centres téléphoniques	232 978	237 055
Centre de bénévolat d'Acton Vale	Maintien à domicile	56 682	65 174
Centre de bénévolat de la Rive-Sud	Centre d'action bénévole (CAB)	410 454	417 637
Centre de bénévolat de Lacolle et Saint-Bernard inc.	Maintien à domicile	70 279	74 009
Centre de bénévolat de Saint-Basile-le-Grand Inc.	Maintien à domicile	46 419	47 231
Centre de bénévolat de Saint-Hyacinthe inc. (Le)	Centre d'action bénévole (CAB)	168 912	175 868
Centre de bénévolat Mieux-Être Ville Lac Brome	Centre d'action bénévole (CAB)	1 885	2 235
Centre de dépannage du Haut-Richelieu	Personnes démunies	9 363	9 713
Centre de femmes « L'Autonomie en soiE »	Centre de femmes	50 000	100 875
Centre de femmes « La Moisson »	Centre de femmes	123 935	138 070
Centre de femmes du Haut-Richelieu	Centre de femmes	119 311	134 216
Centre de femmes La Marg'Elle inc.	Centre de femmes	133 037	145 363
Centre de femmes l'Éclaircie	Centre de femmes	127 801	141 216
Centre de femmes l'Essentielle (Le)	Centre de femmes	123 878	138 023
Centre de formation à l'autogestion du Haut-Richelieu	Autre ressource jeunesse	41 256	41 978
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	Santé mentale	345 912	351 965
Centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu	Santé mentale	332 026	342 836
Centre de répit-dépannage Aux quatre poches inc.	Déficience intellectuelle	68 154	68 154
Centre de solidarité familial «Sourire sans faim»	Personnes démunies	42 432	48 175
Centre de soutien au réseau familial (CSRF)	Personnes âgées	132 742	140 065
Centre de transition Perceval inc.	Santé mentale	423 808	431 225
Centre d'entraide bénévole de Saint-Amable inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	107 189	113 065
Centre d'entraide La Boussole inc.	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	32 353	32 919

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Centre d'entraide régional d'Henryville	Maintien à domicile	61 782	65 403
Centre d'intervention en violence et agressions sexuelles de la Montérégie	Agressions à caractère sexuel	80 000	81 400
Centre d'Intervention-Jeunesse des Maskoutains (Le)	Autre ressource jeunesse	30 780	41 319
Centre jeunesse «Le trait d'union»	Maison de jeunes	74 278	75 578
Centre Le Chemin	Santé mentale		
Centre Le Faré	Centre de femmes	132 917	145 269
Centre Louise Bibeau inc.	Déficience intellectuelle	39 987	40 687
Centre Notre-Dame de Fatima	Déficience physique	28 816	29 320
Centre périnatal Le Berceau	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	14 203	24 952
Centre Sino-Québec de la Rive-Sud	Communautés culturelles et autochtones	33 681	34 270
Centre sur l'Autre-Rive inc.	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	274 321	279 122
Clé des Champs Sainte-Julie inc. (La)	Déficience intellectuelle	3 711	7 826
Clé sur la porte, maison d'hébergement pour femmes victimes de violence et leurs enfants inc. (La)	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	566 652	576 568
Club 3ième âge de Farnham inc.	Personnes âgées	19 863	20 213
Club des handicapés de Farnham inc.	Déficience intellectuelle	24 363	24 789
Club Saint-Luc de Verchères	Personnes âgées	23 821	24 238
Coin du partage de Beauharnois inc. (Le)	Personnes démunies	17 363	22 713
Collective par et pour Elle inc.	Centre de femmes	132 603	146 515
Com'femme	Centre de femmes	100 000	117 032
Comité Action Populaire Lemoyne	Personnes démunies		10 000
Comité d'allaitement maternel (CALM)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille		3 500
Comité mieux vieillir à Sainte-Martine	Personnes âgées	5 704	6 054
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	Maintien à domicile	32 420	32 987
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	Maintien à domicile	32 583	33 153
Comité régional des retraités et pré-retraités du comté de Huntingdon	Maintien à domicile	20 363	20 719
Complexe Le Partage	Personnes démunies	68 500	75 699
Contact Richelieu-Yamaska	Santé mentale	430 059	437 585
Corne d'abondance entraide alimentaire et solidarité (La)	Personnes démunies	36 478	47 116
Croisée de Longueuil inc. (La)	Personnes démunies	71 745	77 001
Cuisine Collective 7-D	Personnes démunies	1 943	
Cuisine collective Soulanges	Personnes démunies	24 291	34 782
Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	Personnes démunies	54 378	61 330

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	Santé physique	12 263	23 981
Diabète Rive-Sud	Santé physique	10 363	23 031
D'main de femmes	Centre de femmes	119 251	134 165
Éclusier du Haut-Richelieu	Santé mentale	237 552	241 709
Élan demain inc. (L')	Santé mentale	548 047	557 638
ÉMISS-ère (Équipe multidisciplinaire d'intervention en santé sexuelle)	VIH - SIDA	207 860	211 498
Entraide 3e âge maskoutaine	Maintien à domicile	111 116	117 061
Entraide Chez Nous (L')	Maintien à domicile	42 342	47 083
Entraide Mercier	Personnes démunies		10 000
Entraide pour hommes Vallée du Richelieu Inc. (L')	Hommes en difficulté	136 882	139 277
Entre Ailes Sainte-Julie	Centre de femmes	101 319	118 262
Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	Santé mentale	193 722	197 112
Entr'Elles Granby inc.	Centre de femmes	255 781	271 635
Envol du Haut-Richelieu Inc. (L')	Déficience physique	32 602	41 173
Envolée Centre d'action bénévole Sainte-Julie (L')	Centre d'action bénévole (CAB)	104 551	110 381
Épilepsie Granby et Région inc.	Santé physique	21 863	37 246
Équipe d'accompagnement «Au Diapason» (L')	Cancer	28 048	32 015
Espace Châteauguay	Autre ressource jeunesse	112 983	114 960
Espace Suroît	Autre ressource jeunesse	118 249	120 318
Exit de Waterloo (L')	Maison de jeunes	74 278	75 578
FADOQ - Région Rive-Sud-Suroît	Personnes âgées	2 363	2 713
Famille à coeur inc.	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	28 128	
Filiale Rive-Sud de l'A.C.S.M.	Santé mentale	42 220	47 959
Foyer Saint-Antoine de Longueuil inc. (Le)	Déficience physique	275 117	279 932
Gîtes des oies blanches inc. (Les)	VIH - SIDA	52 479	53 396
Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil et Soulanges	Personnes âgées	58 444	61 967
Grands frères et les grandes soeurs de la Vallée du Richelieu inc. (Les)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	21 841	
Grands frères et les grandes soeurs de Saint-Hyacinthe (Les)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	18 935	48 180
Grands frères/grandes soeurs du Suroît inc.	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	75 031	76 344
Grenier aux trouvailles (Partage sans faim)	Personnes démunies	36 714	42 356
Groupe d'entraide «Pi-Après»	Santé mentale	59 645	60 689
Groupe d'entraide G.E.M.E.	Santé mentale	40 915	41 631
Groupe d'entraide l'Arc-en-ciel des Seigneuries	Santé mentale	49 800	77 703

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Groupe d'entraide L'Arrêt-Court, Sorel	Santé mentale	90 217	111 796
Groupe d'entraide le Dahlia de Beauharnois (Le)	Santé mentale	84 102	85 574
Groupe d'entraide l'expression libre du Haut-Richelieu	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	65 300	66 443
Halte Soleil	Déficience intellectuelle	54 363	55 314
Havre à nous (le) / Our Harbour	Santé mentale		10 000
Havre d'Espoir Montérégie	Cancer	11 075	23 387
Hébergement d'Urgence Violence Conjugale Vaudreuil-Soulanges (La Passerelle)	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	462 233	475 093
Hébergement la C.A.S.A. Bernard Hubert	Maison d'hébergement communautaire jeunesse	345 115	351 155
Hébergement l'Entre-Deux	Santé mentale	401 331	408 354
Hébergement Maison de la Paix inc.	Maison d'hébergement communautaire jeunesse	113 514	115 500
Horizon pour elle inc.	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	493 470	535 638
Horizon Soleil, Table de concertation de prévention des toxicomanies et de promotion de la santé de la région d'Acton	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	15 435	15 785
Hyper-Lune	Déficience intellectuelle	52 583	41 293
Inform'elle inc.	Centre de femmes	119 292	134 200
Jeunes adultes gais et lesbiennes de Saint-Hyacinthe	Orientation et identité sexuelles	22 363	42 754
Jeunesse Beauharnois	Maison de jeunes	74 278	75 578
Jonathan de Soulanges inc.	Déficience intellectuelle	32 653	36 745
Joyeux retraités de Longueuil	Maintien à domicile	5 363	5 713
Justice alternative du Haut-Richelieu	Organismes de justice alternative	224 232	228 156
Justice alternative du Suroît	Organismes de justice alternative	265 288	269 931
Justice alternative et médiation	Organismes de justice alternative	215 398	219 167
Liberté de choisir	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	12 435	12 785
Loisirs thérapeutiques de Saint-Hubert (1981) inc.	Personnes âgées	186 712	189 979
Lucioles de Saint-Hubert (Les)	Déficience physique	19 987	20 337
Lunch club soleil	Maintien à domicile	30 242	30 242
Maison Alice Desmarais	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	143 011	510 197
Maison alternative de développement humain (MADH) inc.	Santé mentale	181 405	200 580
Maison d'aide et d'hébergement La Re-source de Châteauguay	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	501 362	535 776
Maison de jeunes de Sorel inc.	Maison de jeunes	84 811	86 295
Maison de jeunes des quatre lieux	Maison de jeunes	62 175	63 263

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Maison de jeunes l'Escalier en mon Temps	Maison de jeunes	107 272	109 149
Maison de jeunes Sac-Ado	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison de Jonathan inc. (La)	Autre ressource jeunesse	74 370	75 670
Maison de la famille de la Vallée du Richelieu (La)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille		2 500
Maison de la famille des Maskoutains (La)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	10 938	
Maison de la famille Joli-Coeur inc. (La)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	25 000	
Maison de la jeunesse douze-dix-sept de Valleyfield	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison de l'amitié Omer inc.	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	328 316	328 316
Maison de répit Déragon inc.	Déficience intellectuelle	54 328	55 279
Maison de répit L'intermède	Déficience intellectuelle	107 546	109 428
Maison des aînés de Soulanges (La)	Maintien à domicile	69 158	72 868
Maison des jeunes «Le Boum» (La)	Maison de jeunes	61 031	62 099
Maison des jeunes «Le Dôme» inc.	Maison de jeunes	84 811	86 295
Maison des jeunes Châtelois inc.	Maison de jeunes	95 345	97 014
Maison des jeunes d'Acton Vale (La)	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de Beaujeu (La)	Maison de jeunes	47 331	48 159
Maison des jeunes de Contrecoeur inc.	Maison de jeunes	75 858	77 186
Maison des jeunes de Farnham inc.	Maison de jeunes	80 939	82 355
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de Huntingdon inc. (La)	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de La Prairie (La)	Maison de jeunes	52 305	53 220
Maison des jeunes de l'Île Perrot - Martin Bernier	Maison de jeunes	30 521	41 121
Maison des jeunes de Longueuil	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de Rigaud (La)	Maison de jeunes	53 006	60 929
Maison des jeunes de Saint-Bruno inc.	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de Sainte-Anne-de-Sorel «Le phare des jeunes» inc.	Maison de jeunes	11 957	12 307
Maison des jeunes de Sainte-Julie inc. (La)	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de Saint-Hyacinthe (La)	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de Saint-Marc sur le Richelieu	Maison de jeunes	10 092	10 442
Maison des jeunes de Saint-Rémi inc. (La)	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	Maison de jeunes	48 223	49 067
Maison des jeunes de Tracy L'Air du temps inc.	Maison de jeunes	75 054	76 367
Maison des jeunes de Varennes inc.	Maison de jeunes	74 278	75 578
Maison des jeunes de Vaudreuil-Dorion	Maison de jeunes	64 086	65 208

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Maison des jeunes de Verchères (La)	Maison de jeunes	95 345	97 014
Maison des Jeunes des Quatre Fenêtres inc. (La)	Maison de jeunes	93 563	95 200
Maison des jeunes La piaule de Boucherville	Maison de jeunes	23 023	23 426
Maison des jeunes La Porte ouverte	Maison de jeunes	85 978	92 483
Maison des jeunes l'Entracte (La)	Maison de jeunes	54 645	55 601
Maison des jeunes Les Cèdres	Maison de jeunes	29 741	40 327
Maison des jeunes Sympholie	Maison de jeunes		8 267
Maison d'hébergement dépannage de Valleyfield (MHDV)	Personnes démunies	86 179	99 687
Maison d'hébergement et de transition l'Égide	Autre ressource pour femmes	64 240	65 364
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	Maison d'hébergement communautaire jeunesse		29 126
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc.	Hébergement mixte	232 732	236 805
Maison d'hébergement R.S.S.M.	Santé mentale	305 456	330 801
Maison d'hébergement Simonne-Monet-Chartrand	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	443 575	484 765
Maison d'intervention Vivre	Santé mentale	289 963	300 037
Maison du Goéland de la Rive-Sud (La)	Santé mentale	452 270	460 185
Maison hébergement pour elles	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	239 126	
Maison Hina inc.	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	509 199	525 914
Maison Jacques-Ferron	Santé mentale	408 306	415 451
Maison La Margelle inc.	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	307 242	312 619
Maison La Source du Richelieu	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	572 697	582 719
Maison l'Alcôve inc.	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	330 369	336 150
Maison Le Baluchon	Maison d'hébergement communautaire jeunesse	291 130	296 225
Maison Le Passeur	Hommes en difficulté	113 768	115 759
Maison le Point Commun	Santé mentale	317 613	323 171
Maison Répit-Vacances inc.	Déficience intellectuelle	72 790	74 063
Maison sous les arbres	Santé mentale	934 046	950 392
Maison Victor-Gadbois (La)	Cancer	308 158	407 000
Maisonnette Berthelet (La)	Autre ressource jeunesse		12 850
Marraines d'allaitement maternel (M.A.M.)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	36 911	40 057
Mesures alternatives jeunesse du Bas-Richelieu inc.	Organisme de justice alternative	98 344	100 065
Moisson Maskoutaine (La)	Personnes démunies	5 000	10 350

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Moisson Rive-Sud	Personnes démunies	83 262	84 719
Moisson Sud-Ouest	Personnes démunies	100 488	102 247
Mouvement action découverte pour personnes handicapées de la région de Châteauguay	Déficience intellectuelle	42 579	43 324
Mouvement action loisirs (MALI)	Déficience intellectuelle	56 989	57 986
Mouvement S.E.M (sensibilisation pour une enfance meilleure)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	62 563	63 658
Nourri-Source - Montérégie	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	31 435	38 834
Oasis Santé Mentale Granby et région	Santé mentale	206 104	209 711
Organisation de Valleyfield des personnes atteintes de cancer (OVPAC)	Cancer	13 003	13 353
Organisme de prévention toxicomanie l'option Brôme-Missisquoi	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	23 204	23 610
Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	Autre ressource jeunesse	15 910	22 882
Pacte de rue inc. (Le)	Autre ressource jeunesse	51 128	57 023
Panda-Châteauguay Mercier	Déficience intellectuelle	10 584	10 934
Parents d'enfants handicapés avec difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (PEHDAA)	Déficience intellectuelle	37 034	37 682
Parrainage civique Champlain	Déficience intellectuelle	58 648	59 674
Parrainage civique de la Vallée du Richelieu	Déficience intellectuelle	57 410	58 415
Parrainage civique de Vaudreuil Soulanges	Déficience intellectuelle	159 873	172 737
Parrainage civique des MRC d'Acton et des Maskoutains	Déficience intellectuelle	52 406	53 323
Parrainage civique du Haut-Richelieu	Déficience intellectuelle	70 339	73 274
Pavillon L'Essence ciel	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	14 024	81 674
Pavillon Marguerite de Champlain	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	503 584	545 814
Petit pont (Le)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	18 955	
Phare L'Association des parents et amis du malade mental de Saint-Hyacinthe (Le)	Santé mentale	199 719	203 214
Phare source d'entraide (Le)	Santé mentale	108 712	115 614
Pont du Suroît (Le)	Santé mentale	171 929	179 938
Popote de la région de Bedford (La)	Maintien à domicile	27 397	27 876
Popote roulante de Châteauguay	Maintien à domicile	36 951	30 525
Popote roulante de l'Ange-Gardien	Maintien à domicile	54 175	30 525
Popote roulante de Salaberry-de-Valleyfield (La)	Maintien à domicile	35 420	36 040
Porte du passant inc. (La)	Personnes démunies	66 528	73 692
POSA Porte ouverte sur l'avenir	Autre ressource jeunesse	2 464	
POSA/Source des Monts	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance		93 343

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006* $	*2006-2007* $
Premiers répondants des moissons	Santé physique	2 363	2 713
Présence Amie de la Montérégie	Cancer	43 747	44 513
Programme action jeunesse de Candiac	Maison de jeunes	74 278	75 578
Programme d'intervention jeunesse (PIJ)	Maison de jeunes	51 706	52 611
Projet Communic-Action	Personnes âgées	67 244	73 421
Projet Sage	Autre ressource jeunesse	51 613	
Psycohésion	Santé mentale	84 102	85 574
Regroupement des centres d'action bénévole de la Montérégie	Concertation et consultation générale	2 363	4 213
Regroupement des maisons de jeunes du Québec, section Montérégie	Concertation et consultation générale	10 435	10 785
Regroupement des personnes handicapées de la région de Beauharnois inc. (Le)	Déficience physique	2 363	2 713
Regroupement des personnes handicapées région du Haut-Richelieu inc.	Déficience physique	5 863	6 213
Regroupement en prévention de la toxicomanie «L'Arc-en-Ciel» inc.	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	35 515	36 137
Regroupement pour la santé des aînés du vieux Sorel	Personnes âgées	17 880	18 230
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	Maintien à domicile	72 750	78 023
Relevailles Vallée des Forts (Les)	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	8 000	21 851
Rencontre Châteauguoise (La)	Personnes démunies	40 583	71 293
Re-Nou-Vie	Centre de femmes	140 200	154 524
Repas du Passant (Le)	Personnes démunies	76 937	84 283
Répit Le Zéphyr	Déficience intellectuelle		10 350
Répit TED-Autisme Montérégie	Trouble envahissant du développement		74 874
Rescousse (La), regroupement des parents de personnes handicapées du Grand Châteauguay	Déficience intellectuelle	50 917	51 808
Réseau d'habitations Chez soi	Santé mentale	147 947	150 536
Résidence Elle du Haut Saint-Laurent	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	343 412	383 012
Ressource de transition le Tournant	Santé mentale	785 581	799 329
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	Hommes en difficulté	129 454	131 719
Ressources alternatives Rive-Sud	Organisme de justice alternative	690 311	702 391
Ressources-Femmes de la région d'Acton	Centre de femmes	76 099	101 332
Roseraie Bleue, Rayon d'Espoir inc (La)	Déficience intellectuelle	33 516	53 173
S.A.B.E.C. (Services d'accompagnement bénévole et communautaires)	Maintien à domicile	40 583	46 293
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	Personnes démunies	93 589	95 227

Organismes communautaires subventionnés – volet mission globale (suite)			
Nom de l'organisme	*Champ d'activité*	*2005-2006 $*	*2006-2007 $*
Satellite regroupement en prévention de la toxicomanie	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	9 905	10 255
Sclérose en plaques Saint-Hyacinthe-Acton	Déficience physique	33 998	34 593
Service alimentaire communautaire (SAC) (Le)	Personnes démunies		6 000
Service d'accompagnement médical intensif (S.A.M.I.)	Maintien à domicile	4 030	
Service d'action bénévole «Au coeur du Jardin» inc.	Centre d'action bénévole (CAB)	154 291	160 991
Service d'entraide Vie Nouvelle (Le)	Centre de femmes	114 448	130 054 $
Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal-Métropolitain	Déficience physique	58 487	59 511
Service d'intervention en santé mentale - ESPOIR	Santé mentale	1 019 361	1 037 200
Société Alzheimer de Granby et région inc.	Santé physique	47 956	51 795
Société Alzheimer Des Maskoutains - Vallée des Patriotes	Maintien à domicile	7 363	10 213
Société Alzheimer du Haut-Richelieu	Maintien à domicile	50 774	54 163
Société Alzheimer du Suroît	Santé physique	15 363	38 031
Société Alzheimer Rive-Sud	Santé physique	247 794	360 253
Société canadienne de la sclérose en plaques (section Montérégie)	Déficience physique	51 482	56 032
Société pour l'épanouissement des jeunes de Saint-Amable (La)	Maison de jeunes	34 681	35 288
Source des Monts inc. (La)	Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	89 274	
Suicide alerte	Santé mentale	335 208	341 074
Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie	Concertation et consultation générale	138 567	170 992
Tel-aide région de Valleyfield	Santé mentale	57 483	58 489
Toits d'Émile (Les)	Santé mentale		5 000
Trait-d'Union Montérégien	Santé mentale	71 361	78 610
Transition pour elles inc.	Santé mentale	137 627	140 035
Traversée (Rive-Sud) (La)	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	324 141	350 495
Via L'Anse	Hommes en difficulté	122 030	124 166
	NOMBRE D'ORGANISMES	**377**	**376**
	GRAND TOTAL :	**43 488 778**	**46 056 818**

ANNEXE I :
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

1. CONTEXTE

La situation économique et sociale des dernières années a eu, entre autres, comme répercussion de créer une rareté des ressources, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux, de sorte qu'il faut maintenant composer avec cette réalité dans la gestion de l'administration publique.

Pour contrer cette situation, le gouvernement et les organismes publics ont instauré une ère de modernisation dans les façons de faire liées à des objectifs tels que la performance, l'efficience et l'imputabilité.

D'autre part, cette rareté des ressources a fait en sorte que la population est maintenant plus « sensible » à nos choix, à nos actions et à notre manière de gérer.

C'est pourquoi le législateur, tout en donnant aux administrateurs publics une plus grande liberté d'action (*Loi sur l'administration publique*), leur impose un nouveau critère en matière de reddition de comptes : l'éthique. Non seulement les administrateurs publics doivent-ils se donner un code d'éthique qui régisse leurs décisions et leurs actions, mais ils devront également en informer la population par le biais du rapport annuel de l'organisme.

Dans le contexte de la mission et des responsabilités de la Régie régionale de la Montérégie, le présent code d'éthique doit refléter les valeurs de notre organisme et doit être considéré comme un moyen privilégié de renforcer et de maintenir le lien de confiance des citoyens et de nos partenaires envers notre administration par des actions visant l'intérêt de la population de notre territoire et basées sur l'intégrité, l'impartialité et la transparence.

2. OBJECTIFS

Le présent document établit le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

2.1 Les principes et les règles contenus dans ce code visent à promouvoir auprès des membres du conseil d'administration des principes d'intégrité, d'objectivité, d'impartialité et de transparence dans l'exercice de leurs fonctions et aussi à préserver et à maximiser leur capacité d'agir et de gérer, dans l'intérêt de la population de la Montérégie et de la mission de la Régie régionale.

2.2 Il vise également à maintenir et à renforcer la confiance de la population de la Montérégie, des partenaires de la Régie régionale et des instances gouvernementales, quant à la capacité de la Régie de bien gérer les ressources qui lui sont confiées.

2.3 Le présent code d'éthique et de déontologie n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur mais plutôt de les soutenir et les renforcer.

3. CADRE LÉGAL

Les éléments contenus dans le présent code d'éthique et de déontologie sont issus des prescriptions des lois, règlement et décret suivants :

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q.,c.S-4.2)

Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30)

Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (issu de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*)

Décret 824-98.

4. CHAMP D'APPLICATION

4.1 Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la Montérégie et de ses comités.

4.2 Il s'applique également au président-directeur général de la Régie régionale à titre de membre du conseil d'administration, nonobstant le fait qu'il peut également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient autrement lui être applicables au titre d'administrateur public à plein temps.

5. DÉFINITIONS

« Éthique » : Code moral qui dirige la conduite à suivre dans la réflexion, l'orientation et l'action, selon des normes et des valeurs qui sous-tendent l'action de l'organisation et ses principes généraux de gestion.

« Déontologie » : Devoirs et obligations des administrateurs publics (cf. art. 35, Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics).

« Administrateurs publics » : Les membres du conseil d'administration, incluant le président-directeur général.

« Conflit d'intérêt » : Situation réelle, apparente ou potentielle où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective et impartiale de ses responsabilités.

« Régie régionale », « La Régie » : La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

« Loi » : Loi sur le ministère du Conseil exécutif.

« Règlement » : Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

« Code » : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la Montérégie.

6. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

Les principes d'éthique tiennent compte de la mission de l'organisme, des valeurs qui sous-tendent son action et de ses principes généraux de gestion.

6.1 En conséquence, les membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la Montérégie doivent, dans le cadre de leur mandat, contribuer à la réalisation de la mission de l'État et de la Régie régionale, qui est de contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population de la Montérégie. De plus, ils doivent contribuer à la bonne administration des biens qui leur sont confiés.

6.2 Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés.

6.3 Leur contribution doit être faite dans le respect du droit, des personnes, des instances, avec honnêteté et intégrité, avec prudence et discrétion, avec loyauté et en évitant toute situation de conflit d'intérêt. En cas de doute, ils doivent agir dans l'esprit des principes et règles de la loi et du règlement.

7. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Les règles de déontologie portent sur les devoirs et obligations des administrateurs publics.

7.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil d'administration.

Dans l'exercice de leurs fonctions, les membres du conseil d'administration sont soumis aux règles suivantes.

7.2 Respect

7.2.1 Les membres démontrent une attitude respectueuse et objective du droit, des personnes, des instances, de la liberté d'expression et d'argumentation, sans aucun préjugé, sans discrimination et sans préférence.

7.2.2 Les membres doivent respecter les règlements, politiques et procédures en vigueur à la Régie régionale de la Montérégie.

7.3 Honnêteté et intégrité

7.3.1 Les membres doivent agir avec honnêteté et intégrité. Ils doivent exercer leurs fonctions avec diligence, efficacité, assiduité de manière à ne pas retarder indûment ou nuire aux travaux du conseil d'administration.

7.3.2 Les membres doivent éviter toute situation de corruption et de fraude et n'accepter aucune faveur ou avantage autant pour eux-mêmes que pour une autre personne.

7.3.3 Les membres ne doivent pas confondre les biens de l'organisme avec les leurs et ne peuvent les utiliser à leur profit ou à celui d'autres personnes.

7.3.4 Les membres doivent prendre des décisions indépendantes de toute considération politique partisane.

7.3.5 Les membres ne doivent pas, dans leurs prises de décision, se laisser influencer par des offres d'emploi réelles ou potentielles.

7.3.6 Les membres qui ont cessé d'exercer leurs fonctions doivent se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de leurs fonctions antérieures au sein du conseil d'administration.

7.4 Discrétion et prudence

7.4.1 Les membres sont tenus à la discrétion et à la confidentialité sur les renseignements auxquels ils ont accès dans le cadre de leurs fonctions.

7.4.2 Les membres qui ont cessé d'exercer leurs fonctions au sein du conseil d'administration doivent respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, discussion auxquels ils ont participé et qui avaient un caractère confidentiel.

7.4.3 Le président du conseil d'administration et le président-directeur général de la Régie régionale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

7.4.4 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général de la Régie régionale qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions et en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

7.5 Loyauté

Les membres doivent être prudents dans leurs confidences, leurs déclarations et leurs comportements afin d'éviter de discréditer la Régie régionale ou le conseil d'administration ou de nuire à leur bon fonctionnement.

7.6 Conflit d'intérêt

7.6.1 Les membres doivent éviter de se placer en situation réelle, apparente ou potentielle de conflit d'intérêts susceptible de compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

7.6.2 Les membres doivent dénoncer à l'organisme tout intérêt direct ou indirect qu'ils ont dans une entreprise susceptible de les mettre en conflit entre leurs intérêts personnels et ceux du conseil d'administration ou de la Régie régionale.

7.6.3 Les membres doivent s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle ils ont des intérêts directs ou indirects.

7.6.4 Cependant, le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale.

7.6.5 Les membres ne doivent pas utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de leurs fonctions dans le but d'en retirer un avantage.

7.6.6 Les membres ne doivent pas user indûment de leur influence ou de leur pouvoir, de par leur situation au sein du conseil d'administration.

7.6.7 Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code doit en saisir le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

8. RÉMUNÉRATION

8.1 Les membres du conseil d'administration ne reçoivent aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions.

9. MÉCANISMES D'APPLICATION

9.1 Dès leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration nommés ou désignés doivent s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I du présent document (engagement personnel).

9.2 Dès leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration nommés ou désignés, doivent déclarer leurs intérêts en complétant, en signant et en remettant l'annexe II du présent document (déclaration des intérêts). Cette déclaration doit être amendée si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.

9.3 En vertu de l'article 19 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le président du conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer que les principes d'éthique et les règles de déontologie sont respectés en assurant la « surveillance » des prescriptions qui y sont contenues.

9.4 Le président du conseil d'administration doit également décider, s'il y a, à son avis, manquement de la part d'un des membres du conseil qui pourrait entraîner une sanction disciplinaire.

9.5 Toutefois, le président du conseil d'administration peut décider de former un comité *ad hoc* qui aurait pour mandat d'examiner et d'analyser une plainte formulée à l'encontre d'un membre du conseil d'administration afin d'en arriver à une décision plus éclairée.

9.6 Cependant, ce comité ne serait que consultatif et ne dispenserait aucunement le président de son obligation de prendre la décision finale à savoir si le manquement signalé est fondé ou non.

9.7 Si le président du conseil d'administration juge qu'il y a effectivement eu manquement au code, il doit en aviser le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs. C'est ce dernier qui décidera des suites disciplinaires à donner.

10. SANCTION

10.1 Sur conclusion qu'un membre du conseil d'administration a contrevenu à la loi, au règlement et au présent code, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif est l'autorité compétente pour imposer une sanction.

10.2 La sanction qui peut être imposée est la réprimande, la suspension ou la révocation.

10.3 Toute sanction imposée à un membre de conseil d'administration de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions doit être écrite et motivée.

11. ENTRÉE EN VIGUEUR

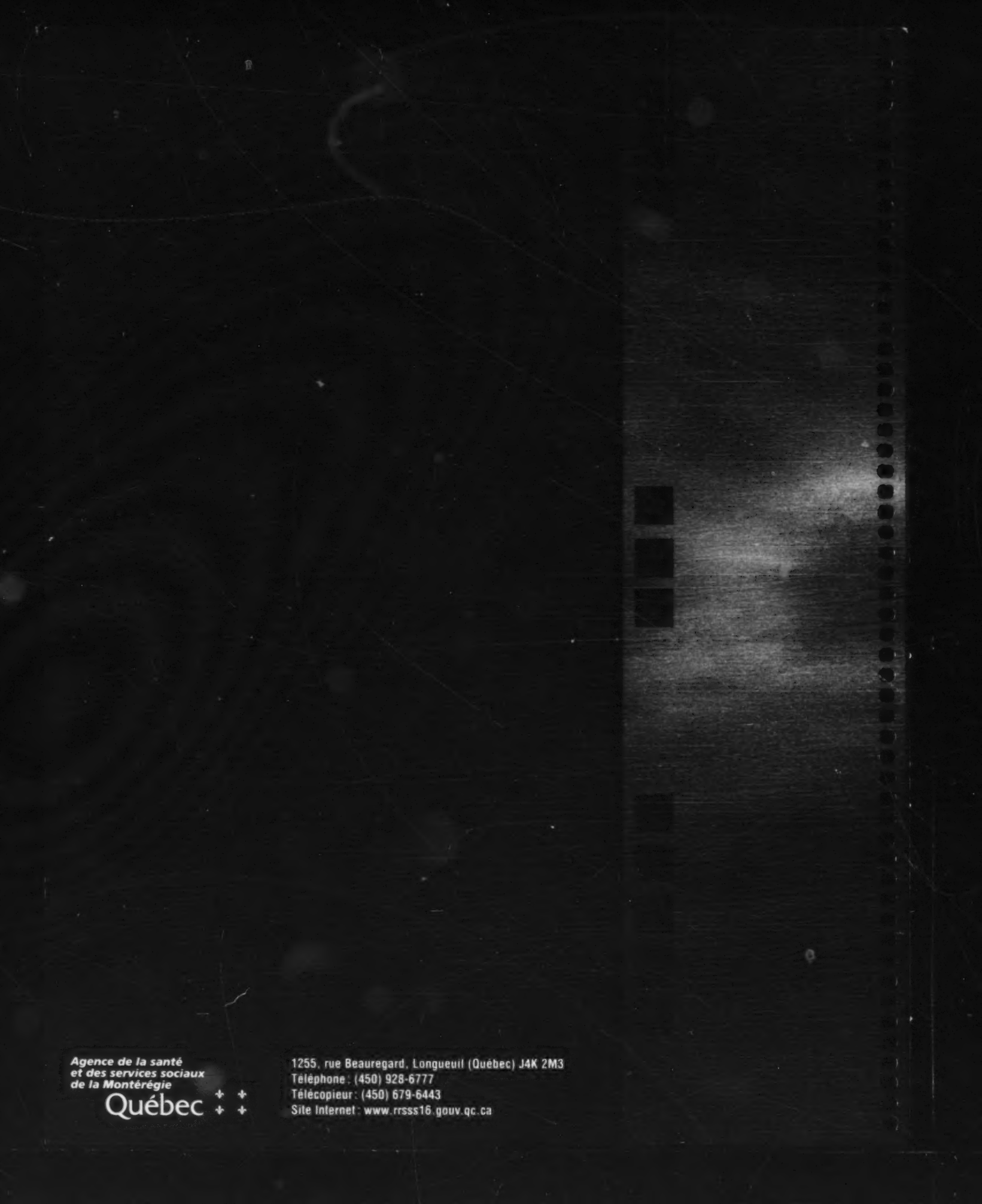
Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE II : LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS

ABA	Analyse behaviorale appliquée
ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
ACP	Amélioration continue de la performance (secteur)
Agence	Agence de la santé et de services sociaux de la Montérégie
AMP	Activités médicales particulières
ARATED	Association régionale autisme et troubles envahissants du développement (TED) - Montérégie
CAFE	(Programme) Crise-ado-famille-enfance
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCNU	Comité de coordination national des urgences
CCSM	Comité de coordination stratégique de la Montérégie
Centrale	Centrale régionale Info-Santé de la Montérégie
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIFINO	Collecte d'informations financières et opérationnelles
CIR	Commission infirmière régionale
CJM	Centre jeunesse de la Montérégie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR (Le)	Centre montérégien de réadaptation
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CRDI-ME	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle - Montérégie Est
CRITEOS	Centre de recherche et d'intervention pour le travail, l'efficacité organisationnelle et la santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DGACR	Direction générale associée à la coordination du réseau
DGIC	Direction de la gestion de l'information et des connaissances
DI	Déficience intellectuelle
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRFI	Direction des ressources financières et immobilières
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
EESAD	Entreprises d'économie sociale en aide domestique
eSMAF	Le logiciel eSMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)
FORCES	(Programme) Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé
GBM	Groupe Biomédical Montérégie
GIR	Gestion immobilière réseau (secteur)
GMF	Groupes de médecine de famille
GRH	Gestion des ressources humaines
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (de l'Université de Montréal)
I-CLSC	Intégration CLSC
ICI	(Programme) d'intervention comportementale intensive
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISMAD	Intensification spécifique de maintien à domicile
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JDAC	Jeunes, dépendances et activités communautaires (secteur)
JHA	Jeux de hasard et d'argent

Loi	*Loi sur les services de santé et les services sociaux*
Loi P-38	*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*
LPJ	*Loi sur la protection de la jeunesse*
LSJPA	*Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MDU	Mesure de désengorgement des urgences
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Ministère	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
MRNF	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORV	*Oral Rabies Vaccination*
P-13	Période financière n° 13
PACS	*Picture Archiving Communication System*
PAL	Plan d'action local de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PAV	Perte d'autonomie et vieillissement (secteur)
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PI	Plan d'intervention
PIC	*Point Infection Control*
PICA	Programme d'intervention des comportements agressifs
PNSP	Programme national de santé publique
PORSC-MS	Plan d'organisation régionale de sécurité civile - mission santé
PQDCS	Programme québécois de dépistage de cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
Projet	Projet de santé et de bien-être de la Montérégie
Projet de loi 33	*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*
Projet de loi 83	*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*
PROS	Plan régional d'organisation des services
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RCA	Réseau clinico-administratif
RCM	Réseau Cancer Montérégie
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseaux locaux de services
RPAC	Réseau partenaire de l'action communautaire
RRSSSM	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (désormais ASSS de la Montérégie)
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAD	Soutien à domicile
SAJ	Stratégie d'action jeunesse
SARDM	Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie

SDA	Supervision des droits d'accès
SG-DSAC	Secrétariat général - Direction des services administratifs et des communications
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SM	Santé mentale
SPCUSM	Santé physique, coordination des urgences et santé mentale (secteur)
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SRAF	Services de recouvrement à l'autonomie fonctionnelle
SRSOR	Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
SSD	Santé sociale et déficiences (secteur)
TCRRF	Table de concertation régionale des ressources financières
TCRSP	Table régionale de coordination en santé publique
TDAH	Trouble du déficit, de l'attention et de l'hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TVR	Trappage - vaccination - relâche
UMF	Unité de médecine familiale
VHC	Virus d'hépatice C
VIH	Virus d'immuno-déficience humaine



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : (450) 928-6777
Télécopieur : (450) 679-6443
Site Internet : www.rrsss16.gouv.qc.ca